

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

**Intervenção do enfermeiro na pessoa com risco de
mucosite oral secundária ao tratamento do cancro**

Liliana Vanessa Girão Silva de Carvalho Fraga

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

Intervenção do enfermeiro na pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento do cancro

Liliana Vanessa Girão Silva de Carvalho Fraga

Orientador:

Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

Lisboa

2017

Three thick, horizontal green brushstrokes of varying lengths and shades of green, positioned at the bottom right of the page.

AGRADECIMENTOS

À Professora Alexandra Pinto Santos agradeço a compreensão e disponibilidade pessoal e tutorial na orientação deste percurso.

Às enfermeiras que me acompanharam nos locais de ensino clínico, pelo apoio e reforço positivo na orientação dos estágios.

Aos meus amigos, pela paciência e alento com que me iluminam e guiam em todos os momentos difíceis.

À minha mãe, ...

Muito Obrigado.

RESUMO

A mucosite oral é uma inflamação do tecido conjuntivo da boca e um dos efeitos secundários do tratamento para o cancro, é induzida sobretudo pela radioterapia da região da cabeça e pescoço e por certos citostáticos administrados em alta dose. A sua sintomatologia tem um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, podendo em casos de elevada toxicidade comprometer a realização do tratamento delineado. Para as instituições implica elevados custos no tratamento e tempo de internamento. Tendo como pilar a filosofia de cuidados de Virgínia Henderson, é através de um plano individualizado que são estabelecidas as intervenções de enfermagem nos cuidados a esta afeção. Estes passam pela avaliação do risco de mucosite oral, monitorização da cavidade oral, feita através da aplicação da escala de toxicidade oral da OMS e escala numérica da dor. A implementação de medidas para a profilaxia e sintomatologia da mucosite oral, devem ser ajustadas ao risco ou grau de mucosite observado. O presente relatório, tem por base um projeto de intervenção que surge de uma necessidade identificada em contexto de trabalho. No ano de 2015, foram identificados no serviço de hemato oncologia, 37 casos de mucosite oral em 1052 internamentos. Através da análise dos registos diários de enfermagem, foi identificada uma falha na sistematização do registo, quer dos cuidados, quer da avaliação, confirmada posteriormente por uma sondagem de opinião. Fundamentada numa revisão narrativa da literatura, visa expor e analisar o percurso dos estágios efetuados em serviços de referência, com vista à aquisição de competências de mestre e de enfermeira especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa. Foram desenvolvidos instrumentos de apoio à aquisição de competências (sondagem de opinião para o diagnóstico de situação, guião de colheita de dados e check list de ensinos), instrumentos que propiciam a continuidade da melhoria de cuidados (guia de boas práticas e check list para o registo), assim como instrumentos que permitem avaliar a efetividade dessa melhoria de cuidados (indicadores de registo).

Palavras chave: mucosite oral, terapia para o cancro, enf* .

ABSTRAT

Oral mucositis is an inflammation of the entire connective tissue of the mouth, and one of the side effects of cancer therapy. It is induced particularly by radiotherapy to the head and neck region, and by certain high dose chemotherapy regimes. Its symptomatology has a negative impact on the quality of life, and in high toxicity cases, it can compromise the treatment accomplishments. For institutions implies high costs of treatment and hospitalization times. Taking Virginia Henderson philosophy care, it's through an individualized plan of care, that the nursing interventions care is established for this affection. These include oral mucositis risk and oral assessment, using the WHO Oral Toxicity Scale and numerical pain rating scale. All symptomatology prevention and treatment should be adjusted upon the risk degree or grad in of mucositis. This report, based on an intervention project that emerges from an identified need in work context. In 2015, 37 cases of oral mucositis were identified in the hemato-oncology service in 1050 hospitalizations. Through the analysis of the daily nursing records, a failure was identified in the systematization of the registry, both care and evaluation, confirmed later by an opinion poll. Based on a literature review, this report aims to expose and analyze the trajectory of the placements carried out in referral services, aiming at the acquisition of master and nursing specialist skills, in the person in a chronic and palliative situation. Instruments were developed to support the acquisition competences (data collection script, checklist of lessons and questionnaire for opinion poll), instruments that allow the continuity of the improvement of care (good practice guide and checklist for registerins), as well as tools to assess the effectiveness of this improvement (registration indicators).

Keyword: oral mucositis, cancer therapy, nurs*.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP	–	Alimentação parentérica
CPC	–	Carcinoma pavimentocelular
DGS	–	Direção Geral de Saúde
DM	–	Diabetes Mellitus
DNA	–	Ácido desoxirribonucleico
EGFR	–	<i>Epidermal Growth Factor Receptor</i>
EONS	–	European Oncology Nursing Society
ESMO	–	<i>European Society for Medical Oncology</i>
GPACG	–	Gabinete de Planeamento Análise e Controlo de Gestão
Gy	–	Gray
IMC	–	Índice de Massa Corporal
IMRT	–	<i>Intensity-Modulated Radiation Therapy</i>
ISSO	–	<i>International Society of Oral Oncology</i>
ICN	–	<i>International Council of Nurses</i>
IV	–	Intravenoso
Kg	–	Kilograma
MASCC	–	<i>Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i>
MO	–	Mucosite oral
NHF	–	Necessidades Humanas Fundamentais
OE	–	Ordem dos Enfermeiros
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
RNA	–	Ácido Ribonucleico
ROS	–	<i>Reactive Oxigene Species</i>
RT	–	Radioterapia
RTOG	–	<i>Radiation Therapy Oncology Group</i>
QT	–	Quimioterapia
SF	–	Soro Fisiológico
SNG	–	Sonda nasogástrica
TAC	–	Tomografia Axial Computorizada
TBE	–	<i>Total Body Irradiation with Eletrons</i>
TBI	–	<i>Total Body Irradiation with Photons</i>
TMO	–	Transplante de Medula Óssea
UCOMIC	–	<i>UK Oral Mucositis in Cancer Group</i>
WHO	–	World Health Organization

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. Breve revisão da anatomofisiologia da boca e fisiopatologia da MO	25
1.2. Avaliação do risco de MO na pessoa em tratamento do cancro	28
1.3. Avaliação do grau de MO na pessoa em tratamento do cancro	31
1.4. Intervenção profilática e sintomática do enfermeiro na pessoa com diferentes riscos e graus de MO	32
2. EXECUÇÃO DE TAREFAS PREVISTAS	41
2.1. Num Serviço de Radioterapia	43
2.2. Numa Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos	53
2.3. Num Serviço de Hematologia Oncológica de um hospital de especialidade	58
3. AVALIAÇÃO	69
CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Análise a notas diárias de enfermagem (janela de 24H)	
Apêndice 2 – Escalas de avaliação da MO	
Apêndice 3 – Guia orientador dos cuidados de enfermagem à pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento de cancro	
Apêndice 4 – Análise comparativa entre as Escalas de avaliação da MO: Critérios de Pontuação por Morbilidade Aguda e a Escala de Toxicidade Oral da OMS	
Apêndice 5 – Instrumento de colheita de dados para a avaliação da pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento de cancro	
Apêndice 6 – Checklist do programa de educação para a pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento do cancro	
Apêndice 7 – Questionário de opinião	
Apêndice 8 – Tratamento e apresentação dos dados dos questionários	
Apêndice 9 – Formação em serviço	
Apêndice 10 – Quadros de Toxicidade oral dos medicamentos mais utilizados no serviço de Hematologia	
Apêndice 11 – Instrumentos para a auditoria dos registos de enfermagem relativos à MO	

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura Nº 1 – Alteração tecidular da mucosa característica da mucosite oral	27
---	----

ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

Pág.

Fotografia N° 1 – Aspeto da mucosa saudável	34
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico Nº 1 – Percentagens das pessoas a realizarem RT na região da cabeça e pescoço pelos grupos de grau de risco de MO (N=20)	48
Gráfico Nº 2 – Grau de MO das pessoas a realizar RT na região da cabeça e pescoço na primeira consulta de enfermagem (N=20)	48
Gráfico Nº 3 – Evolução do grau de MO observado entre a 1ª e 2ª consultas de enfermagem em pessoas a realizar RT na região da cabeça e pescoço (N=5)	51
Gráfico Nº 4 – Graus de MO observados nas pessoas sob condicionamento prévio a TMO (N=20)	55
Gráfico Nº 5 – Avaliação do risco de MO em pessoas sob QT por doença hematológica (N=11)	62
Gráfico Nº 6 – Evolução do grau de MO na amostra com risco elevado de pessoas sob QT por doença hematológica	63
Gráfico Nº 7 – Evolução do grau de MO na amostra com risco moderado de pessoas sob QT por doença hematológica (N=5)	65

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro N° 1 – Classificação dos grupos de Risco da MO	29
Quadro N° 2 – Escala de Toxicidade Oral da OMS	32
Quadro N° 3 – Intervenções de acordo com o risco de MO	39

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica decorreu sob a tutela da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e teve por objetivo o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na assistência à pessoa em situação de doença crónica e paliativa e de mestre, através da elaboração de um projeto intitulado “ Intervenção do enfermeiro na pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento do cancro”, iniciado por uma necessidade sentida em contexto de trabalho e concluído no presente relatório, onde se pretende retratar o caminho percorrido.

Este trajeto, como o de todos os projetos, foi composto por um conjunto de atividades interrelacionadas e coordenadas, delineadas com objetivos e limites de tempo precisos, que constituíram o planeamento de uma obra que se realizou (Estrela, Soares & Leitão, 2013), tendo nele sido adotada a filosofia de cuidados de Virgínia Henderson.

Virgínia Henderson (Tomey & Alligood, 2002; Henderson 2007) sugere que a pessoa é constituída por um corpo e mente, que integra 14 necessidades humanas fundamentais¹ que englobam necessidades físicas, psicossociais e culturais, numa unidade com a sua família, e que absorve o conjunto de todas as influências e condições externas que condicionam o seu desenvolvimento, o ambiente (Tomey & Alligood, 2002).

A pessoa pode ser alvo de 3 graus de dependência ou necessidade de auxílio: parceria com a pessoa, necessidade de auxílio parcial, auxílio total ou completa substituição na satisfação das necessidades (Tomey & Alligood, 2002). Equiparando a saúde à independência, sendo a pessoa doente aquela que necessita de ajuda para a atingir (Tomey, Alligood, 2002), pois acredita que a função da enfermeira é ajudar a pessoa no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde, ou para a recuperação da mesma, que esta realizaria com independência caso tivesse a força, a vontade, e o conhecimento necessários. Este é o referencial teórico que orienta a organização de cuidados na instituição onde trabalho, desde a primeira colheita de dados até ao planeamento das intervenções de

¹ 1ª Respirar normalmente; 2ª Comer e beber adequadamente; 3ª Eliminar por todas as vias de eliminação; 4ª Deslocar-se e manter uma postura desejável; 5ª Dormir e descansar; 6ª Selecionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se; 7ª Manter a temperatura do corpo num nível normal; 8ª Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; 9ª Evitar os perigos no ambiente e evitar magoar outros; 10ª Comunicar com os outros; 11ª Praticar de acordo com a sua fé; 12ª Trabalhar em algo que proporcione realização; 13ª Divertir-se ou recrear-se; 14ª Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade.

enfermagem e dos seus resultados, passando pela tomada de decisão dos problemas e sua resolução (Tomey & Alligood, 2002).

O uso de quimioterapia e radioterapia no tratamento do cancro são, cada vez mais, um meio eficaz de cura, tendo no entanto, efeitos secundários a curto e longo prazo, onde se enquadram as alterações da integridade da mucosa oral (Clarkson, Worthington & Meyer, 2010), como a mucosite.

A mucosite atinge cerca de 20% a 40% das pessoas sob quimioterapia convencional, 80% das submetidos a QT de alta dose² e 100% das que estão sob RT na região da cabeça e pescoço (Jones (2006) e Vera Llonch (2006) citados por Lalla et al., 2014). Assim, o risco de desenvolver MO está relacionado com a modalidade e intensidade dos tratamentos, se QT convencional ou de alta dose e com a dose de radiação total, sendo o uso de terapias combinadas um fator que acresce severidade à MO (Peterson, Bensadoun, & Roila, 2011). Para além destes fatores relacionados com o tratamento, o risco está também relacionado com outros inerentes à pessoa como, a idade e a história prévia de MO, que em conjunto determinam a classificação da pessoa em um dos três grupos de risco, alto risco, risco moderado e baixo risco (Quinn, et al., 2012; Thomson, et al., 2015).

As lesões induzidas pela quimioterapia tendem a ser agudas e manifestarem-se sintomaticamente entre o 4º e 7º dia após início do tratamento (Raber-Durlacher, Elad & Barasch, 2010), persistindo os danos durante dias após o fim da terapia (Sonis, 2007), enquanto as induzidas pela radioterapia instalam-se gradualmente, tendo início por volta do dia em que a acumulação de radiação atinge os 15Gy, e podem durar semanas ou até meses após esta ter terminado (Raber-Durlacher et al., 2010).

A mucosite é uma inflamação da mucosa oral que ocorre por atrofia da mesma e se manifesta por, edema, eritema e ulceração (Vijay, 2014). A alteração na multiplicação celular torna as células epiteliais incapazes de garantirem a substituição adequada das células perdidas pela esfoliação, resultando numa atrofia do epitélio (Ribeiro, Meireles & Guimarães 2010). As lesões podem afetar, não só a mucosa oral, mas todo o trato digestivo (Lalla, et al., 2014), podendo esta situação ser agravada por traumatismos provocados pelos dentes ou colonização por bactérias (Raber-Durlacher et al., 2010), o que vai implicar reajustes de doses

² A quimioterapia de alta dose tem complicações associadas à supressão da medula óssea, que incluem maior probabilidade de infeção secundária à neutropenia, fadiga associada à anemia, e aumento do risco hemorrágico secundário à trombocitopenia (Esteves & Bizarro, 2006).

do tratamento, comprometendo a sua eficácia ou, em casos de elevada toxicidade, a suspensão do mesmo, o que influencia a morbidade e mortalidade destas pessoas (Quinn, 2013).

A sintomatologia da mucosite oral tem um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa (Schirmer, Ferrari, & Trindade, 2012; Tayyem, 2014) pelas alterações que provoca, pois causa, para além do desconforto ou dor, dificuldade na fala, na alimentação e na higiene oral, comprometendo por isso várias NHF's, como o manter o corpo limpo e proteger os tegumentos, o comer e beber adequadamente, pela alteração na deglutição e mastigação, o comunicar com os outros, pelas alterações na fonação e halitose, o dormir e descansar, pela dor, e até mesmo o trabalhar em algo que proporcione realização, pelo conjunto de todas as anteriores, alterando também a NHF aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade, exigindo do enfermeiro cuidado e atenção quanto ao conhecimento que a pessoa e família têm da situação e do modo como a podem controlar ou prevenir. O risco de hemorragia, potenciado por discrasias com origem em toxicidades dos tratamentos ou do próprio diagnóstico oncológico, assim como a má nutrição e infeção das lesões existentes, têm implicações em todos os demais problemas de enfermagem, agravando-os e piorando a qualidade de vida da pessoa (Sousa, Santos & Lopes, 2015).

Para além dos elevados custos para a pessoa, a MO acarreta custos significativos para as instituições, quer pelo aumento do número de dias de internamento, quer pelos custos do tratamento (Sonis, 2004a). De acordo com os dados fornecidos pelo GPACG da instituição onde trabalho, em 2014 foram identificados 287 episódios de mucosite oral (ulcerativa), e 250 no ano de 2015, números que respeitam apenas a pessoas internadas, deixando de fora todos os casos identificados em consulta ou em serviços de ambulatório e MO em fases não ulcerativas. De acordo com a mesma fonte, no serviço de internamento onde trabalho (hematologia oncológica) foram identificados 38 episódios de MO ulcerativa em 1087 episódios de internamento em 2014, e 37 em 1052 no ano de 2015, não existindo registo do tempo de internamento destas pessoas, nem se o internamento se deveu à MO, ou se existiram mais de um episódio de MO num só internamento.

Apesar da ausência de protocolos ou guias de boas práticas no que respeita à atuação do enfermeiro com a pessoa com risco de MO, existe uma norma de cuidados orais na instituição, de fevereiro de 1999, que descreve o procedimento da higiene oral. Deste modo é prática neste serviço, o incentivo à higiene oral após todas as refeições, assim como o uso de clorhexidina ou benzidamina coadjuvante à escovagem dos dentes. Também o é a prescrição

médica profilática de bochechos compostos³ nas pessoas a realizar qualquer protocolo de quimioterapia ou quando em neutropénia pós quimioterapia. Em 2014 decidiu-se sistematizar a avaliação da cavidade oral, através da implementação da Escala de Toxicidade Oral da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1979), sem sucesso.

Numa análise das notas de enfermagem feita por corte transversal, à totalidade dos doentes internados (26 processos), procurou-se identificar os dados registados, nas 24 horas anteriores, da avaliação da cavidade oral, com recurso à escala de avaliação antes referida ou através da descrição das características da mucosa, e do registo de duas intervenções, a higiene oral e a realização de bochechos independentemente do produto utilizado. Incluíram-se todos os doentes em fase de tratamento (23) e excluíram-se todos os em fase de diagnóstico (3). No apêndice 1 encontra o leitor a metodologia, o tratamento de dados e a discussão desta avaliação feita às notas de enfermagem. Dos registos referentes às pessoas internadas para vigilância de neutropénia pós quimioterapia (14), 5 fazem referência à realização de bochechos (35,7%), em 2 há registo dos cuidados de higiene oral (14,3%), 4 avaliam a cavidade oral através da descrição das suas características (28,6%) e apenas 1 utiliza a Escala da Toxicidade Oral da OMS (7,1%). Nas notas de enfermagem referentes às pessoas internadas para quimioterapia (9), não há registos, quer de cuidados, quer da avaliação. Desta forma constatou-se, uma falta de sistematização do registo nestas duas áreas o que pode indicar uma prática de cuidados omissa ou incompleta quanto à vigilância da cavidade oral, como à intervenção profilática e sintomática da MO em populações de risco. Tal pode levar a crer que os casos de MO registados pelo GPACG, podem não refletir a totalidade dos casos que ocorrem, facto corroborado pela literatura, quando refere que o verdadeiro impacto da mucosite oral e o *distress* por ela causado continua em muito subestimado (Quinn et al., 2012; Thomson et al., 2015).

Considerando a importância do impacto da MO, assim como os diferentes riscos de desenvolvimento da MO das pessoas destas populações de doentes oncológicos, o que determina cuidados distintos, foi sentida a necessidade de desenvolver um projeto que orientasse e sistematizasse a atuação do enfermeiro. O facto é corroborado pela MASCC/ISSO (2014), que sugere a adoção de protocolos de cuidados orais na prevenção e avaliação da MO em todos os grupos de idades e em todas as modalidades de tratamento.

Coloca-se então a questão:

³ Solução de um manipulado produzido pela farmácia da instituição, composto por nistatina suspensão oral, bicarbonato de sódio, lidocaína cloridrato a 2% e água desionizada.

“Quais as intervenções do enfermeiro na pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento do cancro?”

Para melhor compreender a boa prática no que respeita à intervenção de enfermagem na pessoa com risco de mucosite oral foi realizada uma revisão da literatura, enquanto metodologia que “proporciona aos leitores os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um tópico, esclarecendo a importância do novo estudo” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.124). Qualquer revisão da literatura consiste em fazer um inventário e um “exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação, (...) fornecem ao investigador a matéria essencial à investigação” (Fortin, 1999, p. 74).

Para uma correta fundamentação das minhas decisões, foi realizada uma revisão narrativa da literatura que se caracteriza por resumir “em termos narrativos, um corpo de literatura de pesquisa” (Polit et al., 2004, p.137), identificada com recurso aos motores de busca electrónicos EBSCOhost, com os descritores “mucosite oral” (*oral mucositis*), “terapia do cancro” (*cancer therapy*), “enf*” (*nurs**), tendo sido encontrados 3 artigos na *CINAHL Plus with full text*, 2 artigos *MEDLINE with full text*, e 4 artigos na *Academic Search Complete*. Depois de limitada a pesquisa aos anos 2010 a 2015 e removidos os artigos repetidos ficaram apenas 3 artigos. Esta pesquisa foi também realizada na *The Joanna Briggs Institute EBP, Resources on Ovid*, com a palavra-chave “mucosite oral” (*oral mucositis*), tendo sido encontrados 24 resultados na pesquisa. Após uma leitura dos textos foram retirados 14 artigos por não desenvolverem o tema. Dos restantes 10 artigos, constavam 4 sumários de evidência, 5 recomendações de boas práticas e 1 folha de informação ao consumidor. Após a leitura destes artigos alargou-se a pesquisa a artigos referenciados nos artigos resultantes da primeira pesquisa, assim como sites de Associações e Organizações de referência, sugeridas pelos artigos anteriores, assim com teses de mestrado e doutoramento relacionadas com o tema.

Tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011) desenhadas pela Ordem dos Enfermeiros e as preconizadas pela European Oncology Nursing Society (EONS 2013), assim como o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem descrito por Benner (2001), foram definidas as competências a desenvolver, em quatro domínios, o da responsabilidade profissional, ética e legal, o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Situando-me no nível proficiente, perceciono as situações numa globalidade sendo o desenvolvimento deste percurso o meio para atingir uma capacidade intuitiva de compreensão dos problemas da pessoa a partir de uma compreensão profunda da situação global da pessoa (Benner, 2001).

O presente relatório divide-se em cinco capítulos, sendo a introdução, onde está descrita a problemática, bem como a natureza e âmbito do projeto, o primeiro deles. O objetivo do segundo capítulo foi apresentar o enquadramento teórico que percorre um itinerário que vai de uma leve revisão anatomofisiológica da boca e da fisiopatologia da mucosite oral, até à intervenção profilática e sintomática do enfermeiro na pessoa com diferentes graus de risco e de MO, passando pela avaliação, do risco e do grau de mucosite na cavidade oral.

O trajeto de aquisição de competências, foi atribuído ao terceiro capítulo, onde em diferentes estágios realizados, se apresentam as tarefas desenvolvidas na concretização de vários objetivos analisados criticamente quanto à sua fundamentação científica, contributos dados para o desenvolvimento das competências próprias e resultados obtidos.

A avaliação onde é realizada uma análise dos pontos fortes e fracos deste projeto, assim como a sua contribuição para a melhoria da qualidade de cuidados.

Por fim são descritas as conclusões e trabalho futuro, onde se realiza uma síntese do trabalho realizado se reflete sobre o desenvolvimento futuro que o projeto pode vir a ter, tanto no serviço como na instituição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Breve revisão da anatomofisiologia da boca e fisiopatologia da MO

A cavidade oral é delimitada anteriormente pelos lábios, pregas musculares revestidas internamente por mucosa e externamente por epitélio de descamação estratificado. Posteriormente delimitada pela fauce, espaço entre a cavidade oral e a faringe, aí se localizam, nas paredes laterais, as amígdalas palatinas. Lateralmente é delimitada pela região malar, constituída por uma camada interior de epitélio de descamação estratificado e exteriormente por uma camada de pele. A região superior é denominada por palato, constituído por uma zona óssea, o palato duro, e uma zona não óssea, o palato mole ou véu do palato, que por sua vez é constituído por um músculo esquelético e tecido conjuntivo que no seu bordo posterior forma uma proeminência denominada úvula. Na região inferior encontra-se a língua, zona muscular ligada posteriormente à cavidade oral e inferiormente ao pavimento bucal por uma fina prega de tecido, o freio, que é dividida em duas partes pelo sulco terminal. A parte anterior é coberta por papilas, algumas delas com terminais gustativos, que estão ausentes na parte posterior, tendo esta apenas terminais gustativos dispersos, pequenas glândulas e uma grande quantidade de tecido linfóide, denominado a amígdala lingual (Seeley, Stephens & Tate, 1997).

A camada mais externa da boca é designada por mucosa oral, que por sua vez é composta por três camadas, o epitélio mucoso (que na boca é um epitélio de descamação estratificado), a lâmina própria (que é uma camada de tecido conjuntivo laxo) e a camada muscular (de músculo liso fino). Segue-se a camada submucosa, composta por tecido conjuntivo, plexo nervoso (plexo de Meissner) e plexo ganglionar parassimpático. Por fim a camada muscular, constituída por músculo liso (Seeley et al., 1997).

A mucosa oral é atravessada por canais que nela se abrem originários de três tipos de glândulas produtoras de saliva: as glândulas sublinguais - produzem saliva mucosa que lubrifica os alimentos e protege o trato digestivo das enzimas digestivas; as glândulas parótidas - produzem saliva serosa com amilase⁴ que humedece os alimentos e a membrana mucosa; as glândulas submaxilares - produzem tanto saliva serosa, como mucosa com

⁴ A amilase é uma enzima salivar responsável pelo início da degradação das moléculas de amido em maltose e isomaltose (glicídios em polissacarídeos e dissacarídeos) (Seeley, Stephens & Tate, 1997).

amilase. É produzida pelas glândulas salivares cerca de 1 litro a 1,5 litros de saliva por dia, que para além de lubrificar, lava a cavidade oral, diminuindo a probabilidade de infeções bacterianas, ulcerações, bem como cáries dentárias (Seeley et al., 1997).

A cavidade oral tem como principais funções a fala e a alimentação (Seeley et al., 1997), mas também, a proteção de lesões mecânicas ou químicas e da entrada de microorganismos nos tecidos subjacentes, pois o epitélio, em conjunto com a saliva, formam uma estrutura complexa que constitui uma primeira linha de defesa (Asikainen et al., 2012).

A mucosite é uma inflamação da mucosa oral que resulta da terapia para o cancro. É considerada um fenómeno complexo que envolve não só o epitélio (camada mucosa da boca), mas todo o tecido conjuntivo (camada submucosa), num processo que progride, segundo alguns autores (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2004a, 2004b, 2007, 2009) por 5 fases continuas, com uma interação dinâmica. Este processo reinicia-se a cada novo tratamento, em diferentes locais da mucosa oral (Sonis, 2004a), com alterações tecidulares e manifestações clínicas próprias, que a Figura Nº1 representa.

A primeira fase dá-se com a iniciação, ocorre imediatamente após a administração da terapia, e envolve o dano direto do DNA dos tecidos, células e vasos sanguíneos, havendo a libertação de radicais livres e ROS (*reactive oxigene species*) que dão início à lesão tecidular (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2004a, 2007, 2009).

A segunda fase, a resposta primária ao dano (mensagem, sinalização), começa com a ativação de fatores de transcrição que atuam sobre os genes de controle de produção proteica e sinalização celular, com um aumento de produção de citocinas pré inflamatórias e ROS, que conjuntamente com outras enzimas ativadas pela radiação ou QT, aumentam a taxa de apoptose (Sonis, 2004a, 2007). Como observado, a fase II e III da Figura Nº 1 ocorrem ciclicamente com a potenciação uma da outra, não sendo distinguidas. Na terceira fase, amplificação de sinal, são gerados mecanismos de *feedback* que resultam num aumento de sinais de ativação. As citocinas pró inflamatórias são segregadas após o dano, potenciando o aumento da atividade de outros fatores de sinalização, o que levará a um ciclo de amplificação e aceleração que resultará na ulceração (Sonis, 2004a). Este mecanismo de *feedback*, para além de provocar um aumento do dano, persistirá durante dias após o final da terapia (Sonis, 2007).

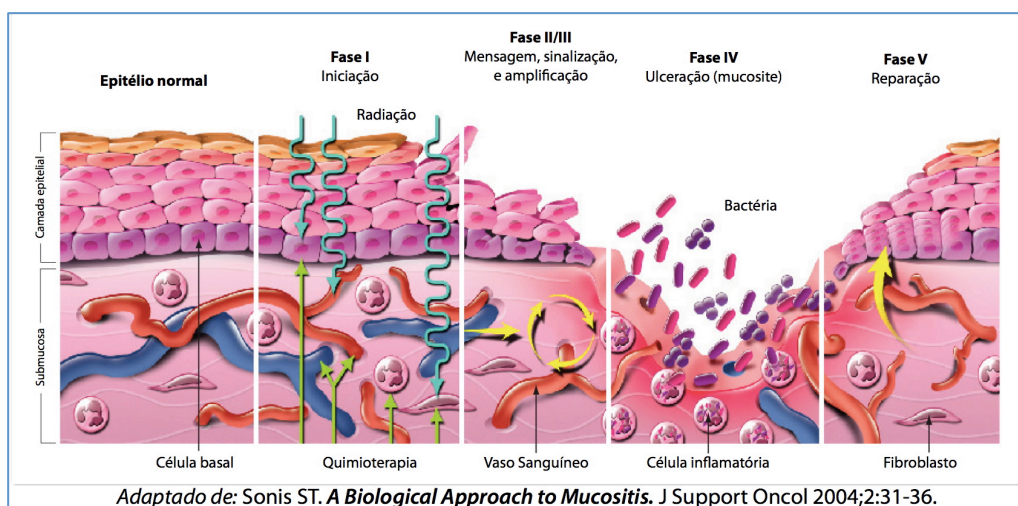
A fase IV, ulceração, envolve a lesão penetrante do epitélio e submucosa (Sonis, 2004a). A presença de bactérias na mucosa oral, ativa a produção de macrófagos que produzem um aumento de citocinas inflamatórias. Estes eventos levam ao aparecimento de

dor e, em doentes neutropênicos, a invasão pode causar bacteriemia e sépsis (Raber-Durlacher et al., 2010). Esta fase é responsável pela sintomatologia clínica da mucosite (Sonis, 2004a) e maior compromisso das NHF na pessoa.

Após o fim do tratamento, as células do epitélio voltam a controlar os sinais segregados pela matriz e ocorre a fase V, cicatrização (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2004a, 2007), tal como se vê na Figura Nº 1. Estas lesões podem provocar alterações que aumentam a predisposição para futuras complicações (Raber-Durlacher et al., 2010).

Os citostáticos considerados mais estomatotóxicos são as antraciclinas⁵, os antimetabolitos⁶ e os alquilantes⁷ (Hespanhol, Tinoco & Assis 2007; Araújo, Luz & Costa, 2013; Oliveira, Lima & Oliveira, 2014).

Figura Nº 1 – Alteração tecidual da mucosa característica da mucosite oral



Fonte:

https://www.researchgate.net/profile/Isabella_Lima_Arrais_Ribeiro/publication/301627894/figure/fig22/AS:355239304679428@1461707058932/Figura-2-Esquema-da-fisiopatologia-da-MO.png

Considerando inevitáveis as alterações celulares provocadas pelo tratamento nas mucosas, a intervenção do enfermeiro é maioritariamente preventiva, o que implica a necessidade de criar condições para que a pessoa tenha conhecimento que a capacite para a compreensão da importância de uma autovigilância e cuidados orais adequados, podendo

⁵ As antraciclinas são citostáticos que interferem com a síntese de DNA e do ácido ribonucleico (RNA) pertencendo a este grupo: daunorrubicina, doxorrubicina, epirrubicina, idarrubicina (Deglin & Vallerand, 2009).

⁶ Os antimetabolitos são citostáticos que substituem as proteínas normais, são: bleomicina, mitomicina, mitoxantrona, plicamicina (Deglin & Vallerand, 2009).

⁷ Os alquilantes são citostáticos que provocam ligações cruzadas no DNA: bussulfano, carboplatina, clorambucilo, cisplatina, ciclofosfamida, ifosfamida, entre outros (Deglin & Vallerand, 2009).

deste modo, tentar minimizar o impacto do tratamento e evitar o aparecimento da sintomatologia da MO.

1.2. Avaliação do risco de MO na pessoa em tratamento do cancro

A prevenção da doença e promoção da saúde é um pilar dos cuidados em enfermagem, pelo que o desafio do enfermeiro é saber interpretar as necessidades da pessoa e empreender ações que potenciem o seu estado de saúde (Henderson, 2007). Daí que se considere a prevenção da mucosite preferível ao tratamento dos seus sintomas uma vez instalados (EONS, sd, p.11). Para uma prevenção adequada é necessária a avaliação do risco da pessoa (Quinn, et al., 2012), pois a avaliação do risco em saúde oral é um instrumento essencial, não só para a identificação precoce do desenvolvimento de determinadas patologias em pessoas potencialmente suscetíveis, mas também para o próprio planeamento em saúde (DGS, 2006).

O “risco” é a probabilidade da ocorrência de um determinado evento que depende de uma dimensão temporal e de casualidade, não apresenta um padrão imutável no tempo, sendo orientador das opções de intervenção preventiva e terapêutica (DGS, 2006).

Uma anamnese cuidada fornece dados através dos quais se poderá deduzir o risco de MO da pessoa, pois “uma apreciação inicial, detalhada e rigorosa, possibilita a identificação de diagnósticos de enfermagem exatos e a elaboração de objetivos adequados, resultados e intervenções de enfermagem junto ao doente” (Potter, 2006, p. 87), ou seja, permite planear uma vigilância individualizada. Nesta história cuidada há que identificar os fatores determinantes do risco, que permitem a classificação da pessoa num (grau) risco e os fatores que aumentam a probabilidade de severidade da MO.

No que respeita aos fatores inerentes à pessoa, os que contribuem para a determinação de risco (Quinn, et al., 2012; Thomson, et al., 2015) são: a idade⁸ (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006), mucosite oral prévia (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009), alterações de produção de saliva (Peterson et al., 2011; Raber-Durlacher et al., 2010) ou outras comorbilidades, como DM, alterações da função renal (Raber-Durlacher et al., 2010), doença de Addison (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009), polimorfismos genéticos (Peterson et al., 2011; Raber-Durlacher et al., 2010), assim como em pessoas com trombocitopenia ou neutropenia (Jaroneski, 2006). Os que contribuem para um aumento da

⁸ O risco aumenta nas pessoas com idades inferiores a 20 anos e superiores a 50 (Jaroneski, 2006).

severidade são: o sexo⁹ (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009), estado nutricional¹⁰ (Peterson et al., 2011), IMC (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009), higiene oral (Raber-Durlacher et al., 2010) e traumatismo anteriores na cavidade oral (cirurgia/traumatismo) (Raber-Durlacher et al., 2010).

No que respeita aos fatores inerentes ao tratamento oncológico: os contribuem para a determinação de risco (Quinn, et al., 2012; Thomson, et al., 2015) são: o tipo de terapia, a dose e, o campo de radiação no caso da RT, (Raber-Durlacher, Elad & Barasch, 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006). Os que contribuem para um aumento da severidade são: a via de administração o esquema terapêutico e o uso concomitante de QT e RT (Raber-Durlacher, Elad & Barasch, 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006).

De acordo com a UCOMIC (Quinn, et al., 2012; Thomson, et al., 2015), alguns destes fatores, incluídos nestes dois grupos, são determinantes para a classificação da pessoa em 3 grupos de risco, apresentados no Quadro N°1.

Quadro N° 1 – Classificação dos grupos de Risco da MO

Risco	Critério de inclusão
Baixo	Pessoas sem história prévia de mucosite; Sob tratamentos que não envolvam risco moderado ou alto de mucosite.
Moderado	Pessoas com história prévia de MO grau II na Escala da Toxicidade Oral da OMS; As crianças e idosos; As com comorbilidades ou sob terapêuticas que diminuam a produção de saliva; As submetidas a RT paliativa na região de cabeça e pescoço; Os sob tratamento com citostáticos conhecidos por causar mucosite ¹¹ .
Alto	Pessoas com MO documentada como grau III e IV ou grau II persistente ao tratamento; As submetidas a cirurgia da cavidade oral ou à região da cabeça e pescoço; As submetidas a QT: <ul style="list-style-type: none"> • de alta dose prévia a TMO autólogo; • de alta dose ou intensidade reduzida prévia a TMO alogénico; • ciclos com metotrexato ou citarabina em alta dose; Pessoa submetida a RT: <ul style="list-style-type: none"> • com doses totais superiores a 60 Gy, com ou sem QT associada; • curativa sob a região da cabeça e pescoço, com ou sem QT; • de intensidade modulada na região de cabeça e pescoço.

Adaptado de: Thomson et al. (2015) Mouth care guidance and suport in cancer paliative care

A avaliação do risco de mucosite oral e a elaboração de um plano de cuidados individualizados que respondam às reais necessidades da pessoa e a tornem independente

⁹ As mulheres demonstram risco acrescido em ciclos que incluem metotrexato e 5-fluoracilo (Sonis, 2009).

¹⁰ O risco de toxicidade é acrescido em pessoas com perdas ponderais superiores a 20% (Lambertz et al., 2010).

¹¹ As antraciclínicas, os antimetabolitos e os alquilantes (Hespanhol et al., 2007; Araújo et al., 2013; Oliveira et al., 2014).

deve incluir, um plano de educação para a saúde, que consiste basicamente “na divulgação ou transmissão de factos ou de informação à qual as pessoas serão sensíveis agindo depois racionalmente” (Teixeira, 2007, p.111).

A frequência da avaliação da cavidade oral depende do grupo de risco a que pertence a pessoa. Há consenso que deverá iniciar-se antes do tratamento, por um dentista ou estomatologista, para despiste e tratamento de possíveis alterações pré existentes (McTravish, 2014). Mas a bibliografia consultada não é clara quanto à frequência da hetero avaliação (realizada pelo enfermeiro) da cavidade oral (Jaroneski, 2006). De acordo com Quinn, Potting, Stone & Sharp (2008) e Raber-Durlacher et al. (2010), depois de iniciado o tratamento de QT ou RT, deverá ser diária ou a cada dois dias no período de maior risco de ocorrência de lesão (após o 4º a 7º dia de QT ou quando já administrados 15 a 30 Gy de radiação na região da cabeça e pescoço), e a cada 2, 3 dias ou semanalmente até à sua resolução (2 a 4 semanas pós tratamento). Esta indefinição traduz a necessidade de elaboração de uma norma ou guia que dê um mesmo referencial para as equipas de enfermagem.

Propõe-se neste trabalho um esquema de hetero avaliação progressivo em que a frequência de avaliação aumente à medida que aumenta o grau de risco, e o aparecimento de lesão. Deste modo, para pessoas com baixo risco, deve fazer-se uma avaliação de dois em dois dias, para as pessoas com risco moderado, a avaliação deve ser diária e se a pessoa pertencer ao grupo de alto risco, a avaliação deve ser bi diária, frequência também aconselhada de observação da cavidade oral se MO presente.

Independentemente da avaliação realizada pelo enfermeiro, a pessoa deve ser instruída para a auto avaliação da cavidade oral, 4 vezes por dia, durante o período de maior risco de lesão, decrescendo a frequência para uma periodicidade semanal até à sua resolução (Quinn et al., 2008).

1.3. Avaliação do grau de MO na pessoa em tratamento do cancro

As modificações da mucosa oral causadas pelos tratamentos de QT e RT progridem, mais ou menos velozmente, pelas fases referidas em 1.1. Esta evolução manifesta-se pelo aparecimento de alterações físicas como, a alteração da coloração, da hidratação das mucosas, o edema, a ulceração e a hemorragia, alterações subjetivas como, a xerostomia, a alteração do paladar, o ardor ou dor, e também alterações funcionais como, a alteração da voz, e da mastigação ou deglutição (Quinn et al., 2008).

Quando verificada a presença de lesão, deverá ser instituída uma (hetero) avaliação bi diária, devendo esta ser realizada de uma forma breve e o menos invasiva possível, de modo a ser o mais confortável para a pessoa (Quinn et al., 2008). Nesta avaliação deverão ser tidas em conta as alterações físicas, funcionais e subjetivas, observadas e/ou inquiridas através da utilização de uma ou mais escalas. As alterações subjetivas destacando-se aqui a dor, devem ser consideradas previamente ao exame físico (Quinn et al., 2008) e realizada com recurso a uma escala de auto avaliação, sendo a escala numérica da dor (Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de Junho, 2003) a utilizada neste percurso. A literatura disponibiliza-nos uma inúmera escolha de escalas de avaliação da MO, Oral Assessement Guide (OAG), Oral Mucositis Assessement Scale (OMAS), Oral Mucositis Index (OMI), entre outras (Quinn et al., 2008), que são desenvolvidas e comparadas em apêndice (Apêndice 2).

De acordo com Quinn et al. (2012), um grupo de peritos (*UK oral mucositis in cancer group*) aconselha o uso da escala de Escala de Toxicidade Oral desenvolvida pela OMS (1979) para a classificação da mucosite oral. Apesar de não ter sido validada para português, esta escala é usada com base na opinião de peritos há cerca de 30 anos, distingue e valoriza alterações objetivas, subjetivas e funcionais, que nos dão indicação da evolução da MO, o que de acordo com a MASCC é um aspecto fundamental na avaliação (Quinn et al., 2008).

Para a realização deste projeto adotou-se a Escala de Toxicidade Oral da OMS (WHO, 1979), para a avaliação e monitorização da MO (Quinn et al., 2008) por já ser familiar a toda a equipe, e ser de fácil utilização, o que evita os erros de avaliação do grau, tendo-se usado a tradução em uso no serviço, que se apresenta no Quadro Nº 2.

Quadro Nº 2 – Escala de Toxicidade Oral da OMS

Grau 0	Sem lesão
Grau 1	Eritema, sensação de dor/ desconforto. Ausência de úlceras.
Grau 2	Eritema, úlceras e ingere sólidos.
Grau 3	Úlceras, requer dieta líquida.
Grau 4	Alimentação via oral não é possível.

Fonte: Tradução em uso no serviço de Hematologia Oncológica onde desempenho funções

1.4. Intervenção profilática e sintomática do enfermeiro na pessoa com diferentes riscos e graus de MO

Um dos melhores indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem é a condição da boca (Henderson, 2007).

De acordo com as normas da DGS (2005), para uma boca saudável é essencial a escovagem dos dentes no mínimo duas vezes dia, obrigatoriamente uma vez à noite, devendo a escova ser substituída a cada 2/3 meses ou assim que demonstrar sinais de desgaste e estando o uso da fita ou fio dentário aconselhado uma vez dia, preferencialmente à noite (DGS, 2005), excepto em pessoas com trombocitopenia, e as submetidas a RT na região da cabeça e pescoço, e as com MO instalada (Quinn et al., 2012) pela possibilidade de traumatismo ou hemorragia.

Uma higiene oral cuidada com correta escovagem dos dentes, promove a melhoria da circulação (Pinho, Misorelli & Longato, 2010) e mantém as condições de higiene necessárias para prevenir a mucosite oral (Lalla et al., 2014; Vijay, 2014; Pinho et al., 2010), pois a má higiene oral potencia a probabilidade de infeção pela presença de detritos (Pinho et al., 2010).

Aconselha-se a escovagem após todas as refeições (Quinn et al., 2012), o equivalente a 5/6 vezes por dia, com uma escova suave (Peterson et al. , 2011) ou outro dispositivo de higiene escolhido que leve em consideração a acessibilidade à cavidade oral e ao estado de fragilidade da mucosa, assim como da tolerância da pessoa ao uso do mesmo. O uso de escovas suaves na higiene (Lambertz, Gruell & Knapp, 2010) cumpre o princípio de manutenção da integridade das mucosas, pelo que quando as mesmas estão comprometidas deverão utilizar-se materiais que as substituam, como esponjas, compressas ou cotonetes, podendo verificar-se a impossibilidade do uso de alguns deles. Do mesmo modo, deverá ser

sugerido que se evite o uso de dentífricos branqueadores ou mentolados pois poderão lesar a integridade da mucosa oral, devendo preferencialmente ser escolhidas pastas dentífricas fluoretadas (Thomson et al. 2015) ou pediátricas.

A durabilidade dos materiais é um fator cuja importância não devemos desconsiderar. Numa utilização bi-diária, a durabilidade da escova é de cerca de 2/3 meses (DGS, 2005), numa utilização de 5/6 vezes dia, a substituição deverá ser mensal, assim como deve ser substituída sempre que ocorra uma infecção da cavidade oral (Quinn et al., 2012). Já as esponjas deverão ser de utilização única, não devendo permanecer conservadas em soluções de limpeza (Quinn et al., 2012).

Para uma correta escovagem, a escova deve ter uma inclinação de 45° em direção à gengiva, descrevendo movimentos circulares ou vibratórios de intensidade suave, percorrendo todos os dentes em todas as suas faces, e por fim deverá escovar-se a língua (DGS, 2005). Esta escovagem deverá ter a duração de dois a três minutos e a quantidade de pasta a usar deverá ser o equivalente ao tamanho da unha do quinto dedo da mão, devendo ser removida com um bochecho abundante de água (DGS, 2005).

Os colutórios como as soluções salinas ou de SF (Quinn et al., 2012), as soluções orais de iodopovidona (Vijay, 2014), a clorhexidina (McTravish, 2014), e o cloridrato de benzidamina (Lalla et al., 2014; Peterson et al., 2011), são recomendados de acordo com a tolerância da pessoa, sendo que o uso de bochechos de clorhexidina e sucralfato, são desaconselhados na prevenção de MO nas pessoas submetidas a RT na região da cabeça e pescoço, recomendando-se preferencialmente o uso de bochechos de benzidamina¹² (Lalla et al., 2014; MASSC/ISSO, 2014). Estão também desaconselhados os bochechos ou comprimidos antimicrobianos de anfotericina B, bacitracina, cotrimoxazol ou gentamicina, assim como, bochechos com fatores de crescimento de granulócitos, bochechos orais de soluções sistêmicas de pilocarpina¹³, pentoxifilina¹⁴ ou misoprostol¹⁵ (MASCC/ISSO, 2014).

¹² Recomendado nos doentes de cabeça e pescoço sob radiações até aos 50Gy sem QT concomitante (MASCC/ISSO, 2014).

¹³ Indicada no tratamento de xerostomia, por aumentar a produção de saliva (Deglin & Vallerand, 2009).

¹⁴ Redutor da viscosidade sanguínea, tem como efeito terapêutico o aumento do fluxo sanguíneo (Deglin & Vallerand, 2009).

¹⁵ Medicamento antiulceroso e citoprotetor (Deglin & Vallerand, 2009).

Os colutórios¹⁶ e os elixires¹⁷ deverão ser usados após a escovagem colocando-o na boca e bochechando vigorosamente durante um minuto sem deglutir, após o qual deverá ficar cerca de 30 min sem comer (DGS, 2005).

As próteses dentárias requerem cuidados de higiene próprios. A prótese deverá ser removida após cada refeição e a sua limpeza, bem como a da cavidade oral deverá ser realizada de acordo com o procedimento antes descrito (Quinn et al., 2012). Durante a noite, a prótese deverá ser removida e permanecer numa solução de limpeza devendo ser desinfetada duas a três vezes por semana (Quinn et al., 2012), pois a sua limpeza incorreta é um fator agravante de infeção. Quando mal ajustadas, as próteses têm um efeito traumático sobre as mucosas (Pinho et al., 2010), assim como, a utilização de pastas de fixação, pois potenciam a probabilidade de incidência de lesão da mucosa. Sugere-se o reajuste das próteses, se necessário. Assim como a sua utilização apenas para a alimentação, durante o período de maior risco de incidência de mucosite oral ou caso exista lesão (Pinho et al., 2010).

Para além desta especificidade dos cuidados dirigidos de higiene oral, há outros cuidados dirigidos às alterações físicas, subjetivas e funcionais, que melhoram as condições de saúde da boca diminuindo a probabilidade de agravamento de MO.

Alterações físicas

- Coloração das mucosas:

A mucosa oral é em regra rósea, húmida, limpa, integra (Pinho et al., 2010) e brilhante como é visível na Fotografia 1.

Fotografia N° 1 – Aspeto da mucosa saudável



Fonte: <http://conquistodontologia.com.br/tente-estes-truques-para-obter-um-sorriso-mais-juvenil-e-saudavel/>

¹⁶ Colutório – medicamento para ser aplicado na gengiva, na mucosa oral e na garganta sob a forma de suspensão ou de solutos mais ou menos espessos e xaroposos. (<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/colutório>)

¹⁷ Elixir – preparado farmacêutico líquido de utilização oral, composto por extratos alcoólicos e xaropes com substâncias medicamentosas das diversas. (<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/elixir>).

Alterações da cor como, palidez, eritema de diferentes intensidades, placas esbranquiçadas, podem ser um dos primeiros sinais de mucosite (Pinho et al., 2010), desconhecem-se intervenções para esta alteração.

- Hidratação dos lábios e mucosas da boca:

Associada as alterações de textura, humidade e brilho (Pinho et al., 2010) a desidratação da mucosa oral é frequentemente experienciada pela pessoa sujeita a QT e/ou RT (Quinn et al., 2012), motivada, quer pela anorexia, quer pela própria terapia.

A hidratação dos lábios com parafina ou bálsamo poderá ser eficaz, estando contraindicado o uso previamente à sessão de RT, pois a criação de uma “camada” adicional de tecido artificial poderá afetar a profundidade do tratamento (Quinn et al., 2012).

As alterações do padrão respiratório (taquipneia e respiração oral) assim como, a aspiração nasogástrica ressecam as mucosas aumentando a probabilidade estas lesões (Pinho et al., 2010). Deve portanto, ser dada especial atenção à pessoa com NHF respirar normalmente alterada sob aporte adicional de oxigénio, pois esta terapia provoca desidratação do revestimento mucoso, sendo importante a humedificação desse gás terapêutico (Pinho et al., 2010), e a ingestão de 2 litros de líquidos (preferencialmente água) diários (Pinho et al., 2010).

- Edema

Este é desencadeado pela hiper-permeabilidade dos capilares sanguíneos (Cristina, Santos, Dias, &, Segreto, 2011).

Não foram encontradas durante esta pesquisa intervenções dirigidas a esta alteração. A prática sugere o uso de bebidas frias e gelo como medidas de compensação. A crioterapia é recomendada na prevenção da MO em pessoas submetidas a bolus de 5- fluoracil (durante 30 minutos) e sugerida em pessoas sob altas doses de condicionamento com melfalan prévio a TMO (MASCC/ISSO, 2014).

- Ulceração

É o evento principal da mucosite. As ulcerações, sendo rapidamente colonizadas por bactérias presentes na cavidade oral, contribuem para o risco de sépsis (Sonis, 2009), tornando importante uma correta manutenção da NHF manter o corpo limpo e proteger os tegumentos através de uma higiene oral cuidada, da qual deve fazer parte, não só a escovagem dos dentes, mas o uso de bochechos que reduzam a carga bacteriana.

Segundo Thomson et al. (2015) o uso de um protetor de mucosa é benéfico na prevenção da ulceração, sendo o uso de Caphosol® é também eficaz na prevenção do agravamento da mesma.

- Hemorragia

Em casos de hemorragia será benéfico o uso de antifibrinolíticos em solução para bochechos a cada 4 horas ou ácido tranexâmico 500mg em 5 ml de água estéril (Quinn et al., 2012), se prescritos.

Alterações subjetivas

- Xerostomia

A sensação de secura – xerostomia – aumenta a probabilidade de cárie oral, se a higiene for incorreta (Pinho et al., 2010), devem ser evitados os alimentos açucarados (Lambertz et al., 2010). Deverá ser prevenida com o incentivo à ingestão hídrica via oral, sempre que possível. Deve ser dada especial atenção à pessoa sem via oral mantida ou sujeita a oxigenioterapia (Quinn et al., 2012), como já referido.

Sugerem-se estratégias como a utilização de *sprays*, nebulizadores (com água, lubrificantes, ou colutórios), gelo, bebidas frias, saliva artificial ou lubrificantes artificiais (Lambertz et al., 2010).

Alteração do paladar – disgeusia e ageusia

A alteração do paladar – disgeusia – é provocada pela alteração dos terminais gustativos (Pinho et al., 2010), sendo a perda do paladar – ageusia – provocada pelo dano das microvilosidades e da superfície das papilas gustativas que ocorre na pessoa a fazer radioterapia à cavidade oral, demorando cerca de 2 a 4 meses a sua recuperação (Pinho et al., 2010).

No caso da pessoa submetida a radioterapia da cabeça e pescoço, ainda com via oral mantida, deverá ser incentivada, sempre que possível a fazer uma dieta variada. Quando há compromisso da via oral, deve ser incentivado o estímulo gustativo sem deglutição, quer de água quer de alimentos variados (Quinn et al., 2012), para deste modo promover, tanto a hidratação oral, como a exploração do paladar restante.

- Dor / Ardor

O mais significativo sintoma subjetivo da mucosite oral (Tolentino, Centurion & Rubira-Bullen, 2011) é a dor causada pelo estímulo das fibras nociceptivas existentes no epitélio da mucosa pelos neurotransmissores libertados durante a resposta inflamatória que se agrava no edema (Pinho et al., 2010). O uso de analgésicos tópicos (Lambertz et al., 2010),

como bochechos com soluções de morfina a 2%, sugerido pela MASCC/ISSO (2014) em pessoas com QT e RT na região da cabeça e pescoço, a alteração da consistência da dieta e o uso de gelo ou bebidas frias podem também ser eficazes no controle de estados iniciais de dor. A implementação de esquemas analgésicos deve ser sempre considerada, estando aconselhado o uso de morfina na dor associada à MO em pessoas submetidas a TMO (MASCC/ISSO, 2014) e sugerida a prescrição de fentanil transdérmico em pessoas sob quimioterapia convencional ou de alta dose (MASCC/ISSO, 2014).

Alterações funcionais

- Alteração da voz

A rouquidão ou diminuição audível da voz podem ser sinais de esofagite (Pinho et al., 2010). Não foram encontradas durante esta pesquisa intervenções dirigidas a esta alteração.

- Alteração da mastigação ou deglutição

A mastigação e deglutição estão comprometidas pela presença de dor (Pinho et al., 2010). A alteração da consistência da dieta é por isso uma solução com alguma eficácia, podendo ainda passar a assegurar-se a hidratação e a nutrição por alimentação entérica ou mesmo parentérica (Thomson et al., 2015). A má nutrição tem implicações em todas as NHF (Sousa, Santo, Santana & Lopes, 2015), devendo ser encorajada e vigiada a ingestão hídrica, assim como uma dieta equilibrada (Quinn et al., 2012), ajustada não só às necessidades nutricionais como à capacidade funcional de ingestão de alimentos de cada pessoa, podendo ser sugeridas as necessárias alternativas à ingestão oral (alimentação entérica ou parentérica). É importante uma vigilância diária do peso, principalmente nas pessoas de alto risco (Lambertz et al., 2010).

A enfermeira tem como função ajudar a pessoa no trajeto de saúde ou doença, a realizar todas as atividades que contribuem para a manutenção da sua saúde ou para a sua recuperação, em caso de doença, devendo intervir sempre que a pessoa não tenha força, vontade ou os conhecimentos necessários para realizar estas atividades que, podendo parecer simples, são tornadas complexas pela necessidade de adaptação (Henderson, 2007).

A pessoa que manifeste incapacidade total ou parcial na satisfação das suas NHF deverá receber auxílio da enfermeira na sua satisfação, quer pela criação de condições, quer pela substituição total na sua realização. Assim, quando a pessoa não é capaz de realizar a sua higiene oral, a boca poderá ser irrigada com água, SF, ou colutórios e proceder-se posteriormente à sua aspiração (Quinn et al., 2012).

Como já foi referido, a dor é um dos sintomas mais significativos da mucosite oral, sendo com o trismus¹⁸ a principal causa de má acessibilidade à boca, comprometendo, não só a higiene oral, mas também a observação da cavidade oral e a ingestão de alimentos.

Todas as intervenções de enfermagem visam sempre a rápida recuperação ou manutenção da saúde (Henderson, 2007), sendo a educação para a saúde o meio de capacitação que leva à independência.

A ingestão de alimentos quentes, ácidos ou condimentados, assim como alimentos crocantes, são traumáticos para a mucosa, aumentando a probabilidade de lesão (Lambertz et al., 2010; Pinho et al., 2010; Quinn et al., 2012), pelo que devem ser evitados.

O álcool e tabaco pelas suas propriedades irritantes (Pinho et al., 2010), são também um dos principais causadores de traumatismo oral, devendo ser incentivada a interrupção do seu consumo (Lambertz et al., 2010), pelo menos durante os tratamentos de QT ou RT.

A evidência aponta para a eficácia do uso de laser de baixa intensidade na profilaxia (MASCC/ISSO, 2014) e tratamento da MO (Nes & Posso, 2015), não se encontrando esta tecnologia disponível em nenhuma instituição onde foi desenvolvido este percurso.

De acordo com Virgínia Henderson (sd), é fulcral atender à promoção para a saúde, pois esta “é mais importante do que cuidar de doentes”(Tomey & Alligood, 2002, p.115), uma vez que a manutenção da saúde “é essencial ao funcionamento humano” (Tomey & Alligood, 2002, p.115).

A partir da classificação já feita da pessoa de acordo com 3 graus de risco, podemos resumir as principais intervenções profiláticas de acordo com cada um dos grupos (Quinn, et al., 2012; Thomson, et al., 2015).

¹⁸ Trismus é uma alteração resultante da perda de flexibilidade e extensão da articulação temporomandibular, sendo caracterizado por uma fibrose que permite uma abertura da articulação inferior a 20mm (Lambertz et al., 2010; Tolentino et al., 2011).

Quadro Nº 3 – Intervenções de acordo com o risco de MO

Risco	Intervenção
Baixo Risco	Higiene oral (de manhã, à noite e após todas as refeições); Cessação tabágica e alcoólica; Controle da ingestão de açúcares; Pastas dentífrica com elevada concentração de flúor; Bochechos com soluções Salinas no mínimo 4x dia; Aconselhamento nutricional (se ingestão nutricional inadequada);
Risco moderado	às intervenções de baixo risco acrescentam: Aumento da frequência de bochechos com soluções salinas; Gelo ou alimentos frios, de forma a diminuir a sensação de boca seca; Solução oral de benzidamina 0,15%, 4xdia; Caphosol [�] , a iniciar no primeiro dia de tratamento, 4 a 10 vezes dia; Sugerido o uso de um protetor de mucosa (GelClair [�]); Profilaxia infecciosa.
Alto Risco	às intervenções anteriores acrescentam: Aconselhamento nutricional; ENG profilática (se trombocitopénia ou obstrução ausentes); Palifermina ¹⁹ em pessoas submetidas a TMO com ou sem TBI; Suplementos de vitamina B para pessoas com hábitos alcoólicos marcados.

Apaptado de: Thomson et al. (2015). Mouth care guidance and suport in cancer paliattive care

De acordo com Thomson et al. (2015) todos os tratamentos deverão ser instit idos de acordo com o grau de MO, utilizando como referência a Escala de Toxicidade Oral da OMS:

Mucosite classificadas com Grau 1 ou 2 deverão ser feitos ensinamentos sobre a importância de manter bons cuidados de higiene, com um aumento dos bochechos salinos, assim como bochechos de benzidamina 0,15%, puro ou diluído, dependendo da tolerância da pessoa numa frequência a cada 3 ou 1,5 horas (Quinn et al., 2012). O Caphosol[ ] para prevenção do

¹⁹ Palifermina – fator de crescimento de queratinócitos que aumenta a proliferação das células epiteliais. Utilizado para a diminuição de incidência e duração da MO em pessoas submetidas a terapêuticas mielotóxicas que requerem a administração de células estaminais hematopoiéticas (Deglin & Vallerard, 2009). Está recomendada a sua utilização na prevenção da MO em pessoas que irão realizar QT de alta dose seguido de transplante autólogo e TBI por patologia hematológica maligna, numa dose de 60 g/dia, nos três dias que antecedem o condicionamento e três dias pós transplante (MASCC/ISSO, 2014).

agravamento das lesões (4 a 10x/dia). Sugere-se o uso de um protetor de mucosa (GelClair®), assim como a saliva artificial. Deve também ser sugerido a realização de zaragatoas para despiste de infeções locais. A monitorização do estado nutricional, feito com a monitorização do peso e IMC e da ingestão alimentar e o apoio na cessação tabágica são pontos a considerar (Thomson et al., 2015).

Em mucosites de Grau 3 ou 4, deverá ser assegurada a hidratação e nutrição com recurso à alimentação entérica ou mesmo parentérica, caso a anterior esteja contraindicada, se ingestão oral insuficiente ou impossível. Deve ser considerado o uso de um protetor de mucosa (GelClair®), assim como Caphosol®. Poderão ser instituídos esquemas de analgesia com opióides, se dor moderada ou intensa, sempre que necessário e realização/ou repetição de zaragatoas orais para despiste de infeções locais (Thomson et al., 2015).

O enfermeiro deve para além de minimizar qualquer sintomatologia existente, capacitar a pessoa para gerir o impacto que esta acarreta.

2. EXECUÇÃO DE TAREFAS PREVISTAS

No sentido de ir de encontro à necessidade de aquisição de competências no cuidar especializado na área específica de intervenção à pessoa com risco de MO secundária ao tratamento do cancro, seguiu-se o estágio em 3 serviços, seleccionados devido às populações que atendiam terem um alto risco de desenvolvimento de MO.

Serviço de Radioterapia de um hospital de especialidade;

A radioterapia “consiste na utilização de raios ionizantes de grande energia, ou partículas, no tratamento do cancro” (Iwamoto, 2000, p.557), podendo ser administrada com diferentes objetivos, como terapêutica profilática, curativa, neoadjuvante, adjuvante e paliativa.

O serviço escolhido foi inaugurado em 1929, está dotado de 6 aceleradores lineares, um aparelho de TAC, um microSelectron, uma sala de recobro, uma sala de tratamentos e uma sala de acolhimento. Realiza cerca de 300 tratamentos por dia, de vários tipos, a saber:

- de RT externa – método que utiliza fotões e eletrões a uma determinada distância, com diferentes feixes de radiação com largo espectro de penetração, produzidos por um acelerador linear que concentra o feixe de radiação na região a tratar. A dose total é administrada em pequenas frações diárias, durante dias ou semanas, com intervalos mínimos de 6 horas (Eiras, Cunha & Teixeira, 2015).
- de IMRT ou radioterapia de intensidade modulada – permite “esculpir” o feixe de radiação, poupando órgãos e estruturas sensíveis (Eiras et al., 2015).
- de braquiterapia – intersticial, quando o material radioativo é colocado diretamente em contacto com o tumor (Eiras et al., 2015) utilizando um microSelectron, mas quando intracavitária, caracteriza-se pelo material ser aplicado dentro das cavidades naturais do corpo (Eiras et al., 2015)
- de radiocirurgia estereotáxica – “é uma técnica de tratamento tridimensional que administra a dose de tratamento numa única sessão” (Eiras et al., 2015).
- de TBE e TBI – utilizado, o primeiro na micose fungóide, e o segundo na terapêutica adjuvante à QT em leucemias agudas e condicionante ao TMO (Eiras et al., 2015).

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com a existência de uma consulta de enfermagem estruturada que presta cuidados a pessoas submetidas a RT por patologia oncológica da região da cabeça e pescoço. Como anteriormente referido, a pessoa submetida a RT nesta região tem 100% de probabilidade de desenvolver MO (Lalla, et al., 2014; Peterson

et al., 2011), quando submetida a doses cumulativas superiores a 30 Gy (Quinn et al., 2008; Raber-Durlacher et al., 2010), sendo que as pessoas submetidas a altas doses de radiação, têm 85% de probabilidade de atingir MO de Grau 3 e 4 da Escala de Toxicidade Oral da OMS (Peterson et al., 2011).

O objetivo geral deste estágio, que decorreu entre o dia 28 de setembro a 6 de novembro, num total de 18 turnos e 144 horas, foi adquirir competências técnico-científicas e relacionais, no cuidado de enfermagem a pessoas com mucosite oral secundária ao tratamento de radioterapia, especialmente, quanto à sistematização da avaliação do risco e da avaliação da cavidade oral, intervindo educativamente na profilaxia e gestão sintomática da MO instalada.

- Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos de um hospital de especialidade;

Este serviço foi inaugurado em 1987, fazendo a transplantação com células do cordão umbilical, transplantes alógenicos com células de sangue periférico, transplantação com dador não relacionado e transplantação em ambulatório tenho realizado já mais de 1000 transplantações. Composto por quatro subunidades, o laboratório de criobiologia, a consulta externa, o internamento e o hospital de dia disponibiliza técnicas, como fotoférese extracorporeal e irradiação corporal total em colaboração com o serviço de RT.

O transplante de medula óssea é realizado através de uma infusão de, medula óssea, células progenitoras do sangue periférico, ou células obtidas do sangue de cordão umbilical, precedida de altas doses de QT e RT. É denominado autólogo, quando utiliza medula óssea ou células progenitoras hematopoiéticas do próprio doente, singénico quando o doador é irmão gêmeo univitellino; alógenico relacionado quando as células provêm de um irmão com sistema antigénio leucocitário humano idêntico, e alógenico não relacionado, se o dador for um não familiar fenotipicamente idêntico (Hoffbrand & Moss, 2013).

O TMO é um procedimento agressivo, de alto custo financeiro, que tem severos efeitos colaterais, a nível físico, psicológico, social e espiritual, que afetam o doente e a família, com mais intensidade no doente submetido a transplante alogénico. O processo de recuperação é moroso, pois após um longo período de internamento em regime de isolamento protetor, existe um longo período de acompanhamento em ambulatório após a alta hospitalar (Keller, 2000).

A QT de condicionamento para TMO confere à pessoa um alto risco de incidência de MO (Quinn et al., 2012; Thomson et al., 2015), sabendo-se que 80% manifestam este efeito secundário (Lalla et al., 2014). Segundo dados fornecidos pelo GPACG, em 2014 foram identificados 54 casos de MO (ulcerativa), tendo decrescido para 40 em 2015, razão que motiva a escolha deste estágio, que decorreu do dia 9 de novembro a 17 de dezembro, num total de 18 turnos e 144 horas, tendo como objetivo geral a aquisição de competências técnico-científicas e relacionais nos cuidados de enfermagem de pessoas com MO secundária à QT de condicionamento para TMO, particularmente, relativa à avaliação da pessoa e do ambiente e do programa educativo de prevenção e monitorização dos efeitos secundários da QT com especial incidência na profilaxia e tratamento da MO.

- Serviço de Hematologia Oncológica de um hospital de especialidade

Serviço onde se enquadra a implementação deste projeto. É dotado de 26 camas, e acolhe pessoas com patologia hemato-oncológica nas diferentes fases de doença.

Este campo de estágio, que decorreu do dia 4 de janeiro a 12 de fevereiro num total de 18 turnos e 144 horas, tem como objetivo geral, promover a melhoria de cuidados de enfermagem prestados à pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento de cancro, especialmente, quanto à sistematização da avaliação do risco e da avaliação da cavidade oral, intervindo educativamente na profilaxia e gestão sintomática da MO instalada.

2.1. Num Serviço de Radioterapia

Este estágio foi orientado por uma enfermeira perita na área dos cuidados de enfermagem à pessoa sob radioterapia.

Incidi a minha prestação de cuidados na prevenção, monitorização e gestão sintomática da pessoa com risco e MO secundária a RT na região da cabeça e pescoço a ser seguida na consulta de enfermagem de atendimento a esta população.

Foi possível observar várias atividades realizadas neste serviço, como a programação e realização de RT externa, de braquiterapia intracavitária e respetivas intervenções de enfermagem que acompanham a realização destes procedimentos, para deste modo melhor “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2015b, pag.84) no âmbito do seu tratamento.

➤ Um dos objetivos deste estágio foi conhecer as condições estruturais do serviço de RT relativos à avaliação, prevenção, tratamento e registo da MO em pessoas submetidas a RT na região da cabeça e pescoço.

Durante a realização deste estágio decorreram as obras de melhoria do serviço, que visavam o aumento da sua capacidade de resposta através da instalação de novos aceleradores lineares e alargamento do horário de funcionamento, com criação de novas salas de consulta, que melhoraram, quer a qualidade e quantidade de atendimento, quer a privacidade e rapidez do mesmo. Este facto condicionou a realização das consultas de enfermagem aos dias em que existia disponibilidade de um espaço físico, dificultando a gestão do tempo de estágio.

Apesar da inexistência de protocolos ou normas de procedimentos sobre a intervenção no risco da MO, foi possível consultar o manual de procedimentos do serviço, onde constam os efeitos secundários da radioterapia externa, bem como uma breve descrição dos cuidados a adotar. Tive também oportunidade de aceder aos conteúdos da última formação realizada sobre este tema. A informação obtida através desses documentos é sumária e pouco atualizada, tendo tido a oportunidade de debater este facto, quer com a responsável de serviço, quer com a enfermeira que me orientava. A reflexão que realizei sobre essa formação e o meu enquadramento teórico, contribuíram para a elaboração de um guia orientador dos cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO secundária ao tratamento do cancro (Apêndice 3), o qual foi partilhado com a equipe e sujeito a alterações após vários debates sobre o seu conteúdo. Estas atividades permitiram-me desenvolver as competências de análise e planeamento da qualidade de cuidados (OE, 2010), resultando numa troca de documentos, por forma a fomentar a qualidade dos cuidados pela partilha da mais recente evidência científica (OE, 2010).

O serviço de consultas de enfermagem foi pensado para proporcionar aos doentes e cuidadores um atendimento diferenciado, regular e sistematizado desde o início do tratamento (RT) até ao desaparecimento de todos os seus efeitos secundários e tem como principal objectivo, sensibilizar e capacitar a pessoa submetida a RT na região da cabeça e pescoço para os cuidados que minimizam os efeitos secundários da RT e as suas consequências, dando resposta a esses problemas do início do tratamento até a alta, ou desaparecimento de todos os efeitos secundários.

Tendo um enfermeiro por turno atribuído a esta consulta de enfermagem, é este responsável pela marcação presencial ou telefónica, assim como dar resposta a 16 pessoas/dia de consulta programada. Os dias seleccionados para esta consulta dependem da disponibilidade

de espaço físico para a sua realização, funcionando duas a três vezes por semana de acordo com os critérios referidos.

Têm acesso a esta consulta todas as pessoas submetidas a RT na região da cabeça e pescoço, sob tratamento na instituição, ou pertencentes à instituição em tratamento no exterior, através de referenciação médica. O médico assistente encaminha a pessoa para a consulta de enfermagem de acordo com critérios individuais, significando que, dependendo do mesmo médico assistente estes são encaminhados em fases diferentes do tratamento ou não encaminhados. Este fator é fonte de descontentamento na equipe de enfermagem, opinião da qual partilho, pois impede a intervenção do enfermeiro, e cria desigualdades no atendimento a esta população, sendo uma prática que contraria a obrigação ético-deontológica de garantir equidade no acesso à atenção à saúde (OE, 2015a; ICN, 2012). A equipa de enfermagem considera que deverá ser realizada uma primeira consulta de enfermagem a todas as pessoas submetidas a RT na região da cabeça e pescoço, na primeira semana de tratamento e uma segunda consulta após o 10º tratamento, o qual consideram o início da fase sintomática da MO, indo de encontro ao descrito na literatura (Raber-Durlacher et al., 2010), sendo as consultas subsequentes marcadas de acordo com a necessidade individual da pessoa. A meu ver, o esquema de vigilância concetualizado responde às necessidades desta população, e à continuidade da resposta às necessidades individuais de cada pessoa em tratamento.

➤ O segundo objetivo foi, analisar a intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com MO submetida a RT.

Deste modo, durante a primeira semana, participei nas consultas realizadas por elementos distintos da equipa de enfermagem, por forma a identificar os conteúdos da anamnese, programa de educação e procedimentos realizados. Esta observação não estruturada, teve como objetivo identificar os temas abordados em cada consulta, pelos diferentes elementos da equipe, pelo que no final esses conteúdos da avaliação, da educação e dos procedimentos foram registados em notas de campo e posteriormente comparadas com a fundamentação teórica deste trabalho.

O programa de educação e vigilância feito a esta população inclui uma avaliação, ensinamentos profiláticos e de gestão sintomática da cavidade oral com o uso da Escala de Avaliação de Toxicidade Aguda por Radiação da RTOG e a avaliação do peso.

A primeira barreira posta no desenvolvimento deste projeto, prende-se com a utilização da escala de avaliação da MO em uso neste serviço a *Acute Radiation Morbidity*

Scoring Criteria do Radiation Therapy Oncology Group (RTOG, 2008). Para aproximar a linguagem de registo da equipe, às necessidades de desenvolvimento de competências para este projeto, foi realizada uma análise comparativa entre a escalas (Apêndice 4) *Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria* do RTOG (RTOG, 2008) e a Escala de Toxicidade Oral da OMS (WHO, 1979). Não tendo encontrado evidência de uma tradução validada desta escala para a população portuguesa foi utilizada a tradução em uso neste serviço.

Constatou-se uma grande similaridade entre as escalas, ambas incluem critérios de avaliação de alterações físicas, acentuando a escala da OMS as alterações funcionais, e a escala da RTOG as alterações subjetivas da dor. Quando a dor se agrava isso tem repercussões funcionais na deglutição e alimentação que implica a subida de grau de MO na escala. Apesar de valorizarem critérios de avaliação diferentes, atribui-se o um mesmo grau em ambas as escalas à mesma pessoa e no mesmo momento.

Os ensinamentos dirigidos à profilaxia da MO realizados por esta equipe à pessoa sob RT da região da cabeça e pescoço incluem, informação sobre os efeitos da RT sobre a mucosa, em que medida pode ser evitado ou não o aparecimento de úlceras na mucosa oral, a importância da vigilância de alterações na mucosa e sua frequência, como prevenir o aparecimento de lesões traumáticas, a higiene oral com uso de escovas suaves e pastas dentífricas ricas em flúor para escovagem da boca e sua frequência (obrigatoriamente após todas as refeições). Aconselham-se o uso de bochechos com Clorhexidina 0,1% para a higiene da boca após a escovagem dos dentes, e usam o sucralfato como protetor da mucosa oral e bochechos compostos prévios à ingestão de alimentos, segundo prescrição médica. Segundo as recomendações descritas nas *guidelines* da MASCC/ ISSO (2014), não é recomendado o uso de sucralfato na prevenção oral da mucosite, assim como não é, o uso de bochechos de clorhexidina na prevenção de MO nas pessoas submetidas a RT na região da cabeça e pescoço, sendo preferencialmente recomendando o uso de bochechos de benzidamina (Lalla et al., 2014).

Os ensinamentos de gestão sintomática incluem estratégias para uma higiene eficaz, adequação da alimentação às limitações provocadas pela MO, controle não farmacológico da dor, gestão da terapêutica medicamentosa.

É certo que a existência de um protocolo ou guia de procedimentos neste serviço facilitaria a prática, sistematizando a intervenção e a linguagem e garantindo a continuidade de cuidados, com uma consequente redução da extensão dos registos, sendo este um objetivo

da equipe. Foram identificadas intervenções similares em todas as consultas observadas com diversas enfermeiras.

Foi-me dado a conhecer o projeto, em desenvolvimento, com o objetivo de construir um corpo teórico que suporte a construção de protocolos e normas de procedimento da intervenção do enfermeiro na pessoa com radiomucosite, no qual colaborei disponibilizando a revisão bibliográfica feita até então. Tal atividade permitiu-me colaborar “na realização de atividades na área da qualidade” (OE, 2010, pág. 4) e desenvolvimento de “estratégias de comunicação e trabalho em equipa, assim como conhecimentos teóricos e práticos” (OE, 2011).

Durante este percurso foi sendo construído um instrumento de colheita de dados para a avaliação da pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento do cancro (Apêndice 5), orientado na pesquisa bibliográfica feita e na análise das práticas observadas. Este instrumento procura, não só dados relevantes para a avaliação do risco da pessoa, como os antecedentes de saúde, que são indicadores valiosos dos problemas da NHF aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que permitem individualizar o plano de educação dirigido à independência na saúde na pessoa, fornece um esquema de avaliação e vigilância dos cuidados de higiene e da avaliação da cavidade oral, bem como dados sobre a avaliação do estado nutricional (peso altura e IMC).

Deu-se início à construção de uma *checklist* (Apêndice 6) do programa de educação a desenvolver durante o processo de cuidar na consulta de enfermagem. Tal contribuiu para o desenvolvimento de competências a nível da melhoria da qualidade, através do desenvolvimento de instrumentos que melhoram a informação para o processo de cuidar (OE, 2010).

➤ O ultimo objetivo foi, cuidar de pessoas em tratamento de RT na região da cabeça e pescoço em regime de ambulatório, fundamentando a tomada de decisão na evidência científica.

No sentido de desenvolver competências no âmbito da avaliação do risco e implementação de estratégias adequadas de gestão do risco para promoção da independência segurança da pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento do cancro (EONS, 2013), na segunda semana de estágio iniciei a marcação e realização de consultas de enfermagem às pessoa que fossem iniciar tratamento, ou já submetidas a RT na região da cabeça e pescoço.

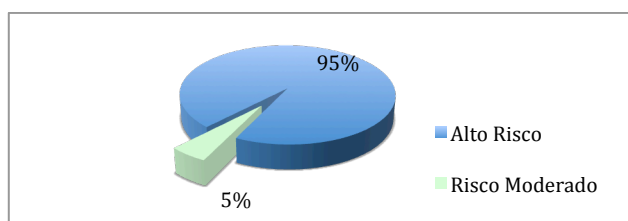
A curta duração do estágio não permitiu o seguimento a todas as pessoas consultadas uma 1ª vez.

Esta 1ª consulta comigo poderia ou não ser a sua primeira consulta de enfermagem e também ocorreu em fases diferentes do tratamento, dessas pessoas.

Prestei cuidados a 20 pessoas, 25% das quais foram observadas numa segunda consulta, perfazendo um total de 25 consultas realizadas, orientadas, na avaliação, pelo guia, e na intervenção, pela *checklist* do programa de educação para a pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento do cancro.

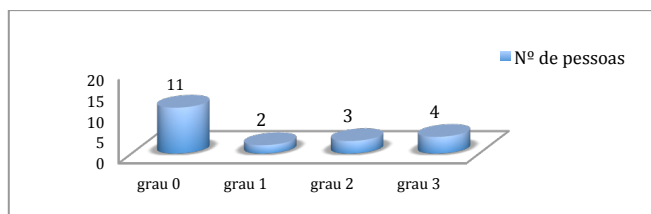
No Gráfico N°1 podemos constatar que 95% (19) das pessoas consultadas têm um alto risco de desenvolver MO, por estarem a ser submetidas a RT curativa (Thomson, et al., 2015). Só 5% (1) tinha risco moderado por estar a realizar tratamento paliativo, com doses menores de radiação.

Gráfico N° 1 – Percentagens das pessoas a realizarem RT na região da cabeça e pescoço pelos grupos de grau de risco de MO (N=20)



Das 20 pessoas observadas pela primeira vez, tal como se observa no Gráfico N° 2, 11 (55%) não apresentavam alterações na mucosa oral, 2 (10%) tinham MO grau 1, 3 (15%) apresentavam MO grau 2, e as restantes 4 (20%) tinham MO de grau 3.

Gráfico N° 2 – Grau de MO das pessoas a realizar RT na região da cabeça e pescoço na primeira consulta de enfermagem (N=20)



Para a MO estar presente (grau 1, grau 2 e grau 3) significa que as pessoas avaliadas já tinham iniciado tratamento de RT aquando da 1ª consulta de enfermagem. Assim, das 20 pessoas consultadas, 11 tinham realizado já mais de 10 tratamentos (aproximadamente 22

Gy), o que de acordo com a literatura se situam na fase de tratamento (entre os 15 aos 30 Gy) onde surge a MO (Raber-Durlacher et al., 2010). Das 9 pessoas observadas na 1ª consulta com menos de 10 tratamentos há 3 já com sintomatologia de MO. A uma destas pessoas não foi possível avaliar a cavidade e mucosa oral. Tratava-se de uma senhora de 22 anos com diagnóstico de CPC da parótida com recidiva frontal, anteriormente sujeita a cirurgia local. Encontra-se na 5ª sessão de RT num total de 33 (10,6 Gy de um total de 69,96 Gy), pertencia ao grupo de alto risco de desenvolver MO, pelo traumatismo oral prévio motivado pela cirurgia e pela dose total de RT programada. Acompanhada pela irmã, que referia ser sua cuidadora, apresenta MO grau 3 na escala da OMS à observação direta, lábios pouco hidratados, trismus acentuado, com abertura da mandíbula que permitia apenas a visualização da região lateral da língua, que apresenta candidíase oral extensa. Referia ingerir apenas dieta líquida por disfagia acentuada, ardor constante e dor 5 (escala numérica da dor) à ingestão de alimentos. Avaliado peso, prestados cuidados de higiene oral com recurso à instilação com uma seringa de Clorohexidina 0,1% e administrados bochechos compostos recorrendo à mesma estratégia adaptativa, após os quais refere alívio da dor, fornecido também dispositivo sprays passível de ser carregado para uma higiene ou hidratação durante o dia. Realizado ensino demonstrativo destas estratégias adaptativas, à senhora e sua cuidadora, com o objetivo de preservar a dignidade da pessoa, diminuindo o seu sofrimento, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida (OE, 2011), numa tentativa de minimizar a sua limitação. Incentivada a realizar a higiene oral 6 x por dia após as refeições e ao deitar, obrigatoriamente, e instilação de bochechos com recurso a uma seringa, 30 minutos antes das refeições, de modo a facilitar a ingestão dos alimentos. Foi debatido com a pessoa a colocação de uma SNG, para manter assegurada a NHF comer e beber adequadamente. Visto a senhora ter utilizado este dispositivo na recuperação da primeira cirurgia, sentindo-se confortável no seu uso foi entubada nasogastricamente, validados cuidados sobre a gestão da SNG. Considerando que qualquer tentativa de intervenção, com vista à melhoria de mobilidade da mandíbula por mim realizada seria ineficaz, foi encaminhada para a consulta da médica assistente por forma a ser referenciada para uma consulta de reabilitação, assim como para o ajuste terapêutico, prescrição analgésica e Caphosol®. É necessário reconhecer a necessidade de referenciar a pessoa a outros prestadores de cuidados (OE, 2010).

Esta situação de cuidados permitiu-me desenvolver capacidade de monitorização dos problemas das pessoas e segurar medidas para documentar, intervir ou referenciar

adequadamente (EONS, 2013) e competências a nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da gestão dos cuidados (OE, 2010).

Uma outra pessoa que consultei foi um senhor de 74 anos, com CPC do palato e orofaringe a realizar RT neoadjuvante. Com antecedentes de cirrose hepática, com hábitos etanólicos acentuados, que não especifica, independente nas NHF. É observado em consulta de primeira vez após a sua 7ª sessão, de um total de 33 (14,84 Gy de uma dose total de 69,96 Gy), pertencendo ao grupo de alto risco de MO. Apresenta uma MO grau 2 com eritema extenso do palato mole e dor grau 3 (escala numérica), mucosa labial rosada e hidratada. Realizados ensinamentos sobre os efeitos da RT na mucosa, incentivada a higiene oral 6x dia com recurso a escova suave e dentífrico rico em flúor, sugerida diminuição da ingestão alcoólica por risco de traumatismo oral. Dado a presença de MO no início do tratamento, ponderada a colocação de uma sonda nasogástrica (SNG) profilática, pois há que identificar e atuar em tempo útil, em situações de agudização sintomática (OE, 2011). Debatido com a pessoa a sua colocação, pois as estratégias de resolução de problemas devem ser desenvolvidas em parceria com a pessoa (OE, 2010). Ansioso, com choro fácil, refere sentir-se assustado com a potencial evolução da sua condição física. Verbaliza sentir-se incapaz de gerir, quer física, quer psicologicamente a NHF de beber e comer com a presença do dispositivo, pois a sua profissão requer contacto com o público o que o faz sentir “pânico” em perder o seu trabalho. É necessário avaliar e diagnosticar as várias dimensões das necessidades da pessoa, ao nível físico, psico-emocional, espiritual e social, assim como analisar e valorizar o peso das variáveis psico-emocionais na intensidade dos sintomas numa abordagem multidimensional (OE, 2011). Contactado médico assistente e informado do estado da cavidade oral, por forma a assegurar a prescrição analgésica eficaz prévia à colocação da SNG e sugerido encaminhamento para consulta de psicologia. Realizada escuta ativa pouco eficaz. Realizados ensinamentos sobre os efeitos agudos e tardios da RT após os quais refere sentir-se mais calmo. Consente na colocação da SNG. Após a eficácia da adoção de medidas farmacológicas no alívio de sintomas foi colocado dispositivo (OE, 2011). Fornecida toda a informação por escrito, quer em relação aos cuidados orais quer aos da SNG e da alimentação. Ficou programada consulta para o dia seguinte, solicitado que viesse acompanhado pela esposa, pois é necessário apoiar a pessoa e família de um modo continuado nas perdas sucessivas (OE, 2011). Uma intervenção atempada, não teria evitado o aparecimento de lesão, teria porém, evitado que a primeira abordagem incluísse intervenções invasivas para as quais o senhor não se encontrava preparado. De acordo com o já antes referido, a primeira avaliação deve ser

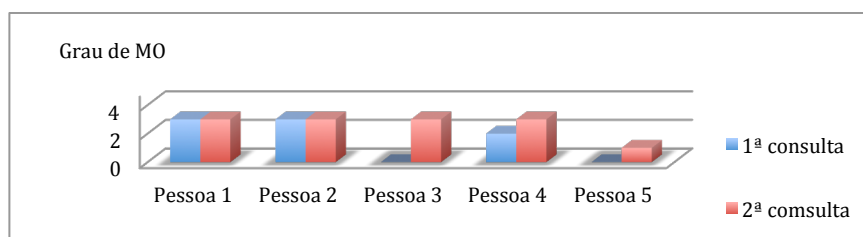
prévia ao tratamento, para uma profilaxia adequada, em que a pessoa receba informações precisas, necessárias e suficientes para que possa ter conhecimento para o seu cuidado e tratamento (ICN, 2012).

Esta situação de cuidados permitiu-me, demonstrar o uso de uma série de técnicas de comunicação para promover o bem estar na pessoa com cancro (EONS, 2012), assim como, fornecer um ambiente de apoio em que a pessoa possa ser encorajada a partilhar as suas preocupações. Permitiu também, desenvolver e competências a nível do domínio da responsabilidade ética e legal (OE, 2010), e a nível do cuidado de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2011).

Tive oportunidade de realizar mais de uma consulta a 5 destas 20 pessoas. O intervalo de tempo entre consultas foi determinado pelas NHF de cada uma delas, sendo que a segunda consulta foi realizada após o 10º tratamento.

O Gráfico N°3 é ilustrativo dos graus de MO observados na segunda consulta e a sua leitura informa haver um agravamento da MO em todas as pessoas na segunda consulta de enfermagem.

Gráfico N° 3 – Evolução do grau de MO observado entre a 1ª e 2ª consultas de enfermagem em pessoas a realizar RT na região da cabeça e pescoço (N=5)



Uma destas 5 pessoas foi um senhor de 69 anos com diagnóstico de CPC da orofaringe, observado pela primeira vez após a 7ª sessão de RT, de um total de 34 (14,8Gy de uma dose total de 72Gy). Hábitos alcoólicos e tabágicos acentuados, institucionalizado em centro de dia com apoio nas refeições e limpeza da casa. Sem MO observada na primeira consulta, apresenta NHF estar limpo e proteger os tegumentos comprometida, por cuidados de higiene oral insuficientes (halitose acentuada, observados resíduos alimentares entre os dentes e ausência de algumas peças dentárias). Iniciados ensinamentos sobre os efeitos secundários da RT e cuidados orais, aos quais não atribuiu importância demonstrando dependência na NHF

aprendizagem, pela má higiene oral. Sugerida consulta de cessação tabágica, a qual recusa. Sem receptividade a qualquer tentativa de abordagem de ensino. Foi promovido contacto através de carta ao enfermeiro responsável do centro dia, reportando a necessidade de supervisão ou ajuda parcial na manutenção da NHF estar limpo e proteger os tegumentos e beber e comer, por forma a minimizar os efeitos da RT. Solicitando nesta carta que este venha acompanhado na próxima consulta, pois é necessário envolver os cuidadores na satisfação das NHF da pessoa (OE, 2011). Elaborado também um plano de cuidados por escrito, alertando para a necessidade de vigilância da cavidade oral e incentivo ou auxílio nos cuidados de higiene, assim como materiais e procedimento a realizar, desempenhando um papel de consultor pois os cuidados à pessoa com risco de MO secundária a RT, correspondem à minha área de especialidade (OE, 2010). Encaminhado para consulta médica para instituição de terapêutica profilática com suplementos de vitamina B e Caphosol®. É reavaliado após a 12ª sessão de RT, acompanhado por uma funcionária do centro de dia, por não existir nenhum familiar que se disponibilizasse a acompanhar o senhor. Apresenta MO grau 3, com perda ponderal de 2 quilogramas (kg) em 7 dias, refere redução de hábitos tabágicos e alcoólicos por dor que não classifica. Mantém maus cuidados de higiene oral, mas refere utilização de bochechos compostos 4x dia. Negociado com o senhor a redução da ingestão de álcool e tabaco de acordo com a sua capacidade, e a realização da higiene oral 6 vezes por dia com a utilização de colutórios (preferencialmente cloridrato de benzidamina). Preparado material para realização dos cuidados de higiene, feita demonstração e ajuda parcial na sua realização. Fornecido suplemento alimentar líquido, e contactada também nutricionista, para aconselhamento nutricional. Tomando a iniciativa de conduzir o processo de tomada e decisão (OE, 2010), foi também encaminhado para médico assistente para controle da dor, prescrição de Caphosol® (dado que não tinha sido prescrito na última consulta) e colocação SNG em consulta de cabeça e pescoço, pois é necessário reconhecer e prevenir práticas de risco (OE, 2010), e uma abordagem por mim realizada traria risco de traumatismo e hemorragia local. É necessário encaminhar a pessoa para outro profissional, sempre que este esteja melhor capacitado para dar resposta ao problema existente (OE, 2015b). Estruturado novo plano de cuidados individualizado em parceria com a funcionária do lar (OE, 2011), que se compromete a acompanhar o senhor nas próximas consultas e auxiliar na manutenção da NHF alimentação e hidratação, estar limpo e proteger os tegumentos, assim como a observação da cavidade oral e vigilância de alterações. Realizados ensinamentos à funcionária do lar sobre os efeitos secundários da RT e sinais de alteração da MO, assim como estratégias de

gestão de sintomas como a disfagia ou hemorragia local. Agendada nova consulta para vigiar periodicamente a pessoa e reavaliar as suas necessidades (OE, 2011), e estimulado a voltar ou contactar o serviço antes da data de marcação caso exista alteração sintomática, ou sintam necessidade de esclarecimento de dúvidas, incentivando assim ativamente a pessoa e a cuidadora como parceiros na avaliação, planeamento e execução dos cuidados (OE, 2011).

Esta situação de cuidados permitiu-me fornecer informações e aconselhamento dentro da equipe multidisciplinar para apoiar o tratamento de pessoas com cancro (EONS, 2012), assim como, compreender a importância de possíveis dificuldades na adesão à terapêutica (EONS, 2013), e também desenvolver competências a nível do domínio da responsabilidade ética e legal (OE, 2010) e no domínio da relação terapêutica com pessoas com doença incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas (OE, 2011).

2.2. Numa Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos

Este estágio foi orientado por uma enfermeira especialista na área específica de enfermagem oncológica. A minha prestação de cuidados incidiu na prevenção, monitorização e gestão sintomática da pessoa com risco de MO secundária à QT de condicionamento pré-transplante.

➤ O objetivo inicial deste estágio era conhecer as condições estruturais do serviço para a avaliação, prevenção, tratamento e registo da MO em pessoas submetidas a condicionamento pré transplante, tendo tido várias atividades, como a análise reflexiva das condições estruturais e procedimentos, para a qual tive de consultar normas de procedimento do serviço no que respeita à MO.

Foram aproveitadas todas as oportunidade para adquirir experiência e competências neste campo de atuação, que se revelaram pertinentes para a preparação que faço aos doentes do meu serviço, como a observação de dois procedimentos realizados em hospital dia, a plasmaférese e a colheita de células para transplante. Foi possível também visitar o laboratório de criobiologia e observar a preparação dos componentes para conservação, assim como a sua preparação para o transplante. No serviço de internamento foi-me possível assistir a um transplante autólogo e a um transplante alogénico relacionado.

Com uma lotação de nove camas em internamento, este serviço conta com um rácio de um enfermeiro para dois doentes.

Apesar da inexistência de protocolos ou normas de procedimento sobre intervenção no risco ou na MO instalada, foi-me possível consultar os guias de boas práticas existentes no serviço respeitantes à higiene oral, assim como um dossier com vários estudos realizados, nomeadamente sobre a eficácia da utilização de Caphosol® nesta população.

É prática corrente neste serviço a atenção aos cuidados orais. A pessoa internada é incentivada ou auxiliada a realizar a sua higiene de manhã ao deitar, bem como após todas as refeições o equivalente a 6x dia (Quinn et al., 2012). As pessoas em dieta 0 ou pausa alimentar, são incentivadas a manter os cuidados orais no mínimo 6 vezes ao dia. A higiene é realizada com uma esponja de utilização única (Quinn et al., 2012), com recurso a Clorhexidina 0,1% (McTravish, 2014), seguida da administração de Caphosol® (Thomson et al., 2015). O uso de bochechos compostos é feito 30 minutos previamente às refeições. Ambos segundo prescrição médica. Estes procedimentos vão de encontro à fundamentação teórica deste trabalho.

➤ O segundo objetivo foi analisar a intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com MO secundária a condicionamento pré transplante.

Para atingir este objetivo foi realizada uma observação não estruturada, dos registos diários de enfermagem, assim como das práticas de enfermagem.

A atenção dada pelos enfermeiros aos cuidados orais, alterações da cavidade, assim como à vigilância do estado nutricional é uma prioridade. Em todos os registos consultados, verificou-se referência aos mesmos em cada turno. Apesar de não existir uma escala de avaliação instituída, as alterações são descritas e caracterizadas de forma sistemática e regular. É importante salientar a rápida evolução da sintomatologia da MO que ocorre nesta população, toda ela de risco elevado, sendo que as lesões podem aparecer no espaço de um turno. Desta forma, a vigilância é realizada numa frequência de 3x dia, ou seja uma vez turno.

➤ O último objetivo foi cuidar de pessoas com MO secundária a condicionamento prévio a TMO fundamentando a minha tomada de decisão na evidência científica.

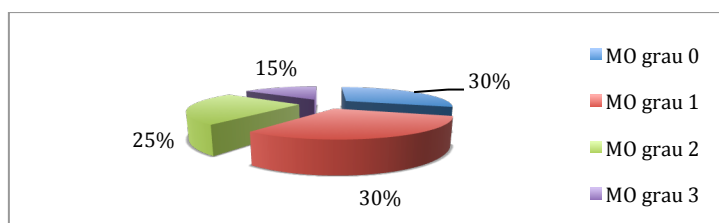
Considerando-me capacitada a implementar intervenções de enfermagem visando a melhoria de cuidados à pessoa com MO secundária a condicionamento prévio a TMO, inicieei na segunda semana de estágio, a prestação de cuidados diretos de prevenção e gestão sintomática da MO.

Cuidei de todos os doentes internados no período em que decorreu o estágio. Não foi possível determinar um esquema de observação, pelo curto tempo de estágio, e a pouca flexibilidade de horário, meu e da minha orientadora, não permitiu a escolha dos turnos mais convenientes para este fim. Estes cuidados incluíam o ensino sobre o que é a MO e importância da vigilância da cavidade oral, auto avaliação e sinais a identificar, higiene oral e sua importância, assim como o procedimento, duração e frequência da sua realização, risco de traumatismo oral e sua prevenção, e importância de uma nutrição adequada. Assegurei a satisfação das NHF nas pessoas com necessidade de auxílio total ou parcial.

Prestei cuidados a 8 pessoas, num total de 20 observações, que de acordo com descrito na literatura (Thomson, et al., 2015), tem um alto risco de incidência de MO, sabendo-se que 80% das pessoas submetidas a condicionamento para TMO são afetadas pela MO (Lalla, et al., 2014) e 75% destas têm probabilidade de desenvolver MO de grau 3 e 4 (Escala de Toxicidade Oral da OMS) (Peterson et al., 2011).

De acordo com o ilustrado no Gráfico N° 4, nas 20 avaliações realizadas foram observadas 6 pessoas com MO de grau 0 e grau 1 (30% cada), 5 com MO grau 2 (25%) e 3 tinham MO de grau 3 (15%).

Gráfico N° 4 – Graus de MO observados nas pessoas sob condicionamento prévio a TMO (N=20)



Importa referir que no início deste estágio uma das pessoas internadas apresentava MO grau 4, não se encontrando retratada no Gráfico N° 4, por não ter consentido em ser cuidada por mim, tendo sido os cuidados prestados pela enfermeira a ele atribuída, respeitando-se a vontade do doente pois este tem direito “a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato, (...) ou ensino clínico” (OE, 2015 a; DGS, 2011, pag.4), deste modo reconhecendo e aceitando os direitos da pessoa (OE, 2010). Este senhor de 31 anos, com diagnóstico de sarcoma renal, tinha sido submetido a condicionamento com bussulfan e melfalan para autotransplante. Antecedentes de MO grau 1 prévia, bons hábitos de higiene oral (escovagem 4 vezes ao dia). Encontra-se sob AP por disfagia a líquidos, com dor controlada (0), sob morfina intravenosa. Sete dias depois, a MO passou para grau 3.

Embora mantendo disfagia iniciou-se dieta líquida, que tolerava e suspendeu-se a alimentação parentérica. Apresentava nessa altura, como principais queixas associadas à MO, disfonia e xerostomia, que se compensava com a ingestão hídrica de 1,5 litros de água por dia. Fazia cuidados de higiene com recurso apenas a bochechos com Clorohexidina 0,1%, numa frequência de 4 a 6 vezes por dia durante o período em que não ingeria alimentos via oral, tendo aumentado essa frequência para mais de 6 vezes dia, após reinício de ingestão de alimentos via oral. Manteve bochechos com Caphosol® 6x dia durante todo este episódio.

Esta situação de cuidados permitiu-me demonstrar sensibilidade para com a pessoa (EONS, 2013), assim como demonstrar de uma forma holística, tolerante, atenciosa e isenta de juízos de valor, a promoção dos direitos, crenças e desejos da pessoa (EONS, 2013), assim como competências a nível do domínio da responsabilidade ética e legal (OE, 2010).

Outro dos casos que escolho salientar é o de um senhor de 50 anos com o diagnóstico de leucemia linfóide aguda submetido a condicionamento com bussulfan e ciclofosfomida para alotransplante não relacionado. Antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão, psoríase e litíase renal, com história de MO grau 1. Com bons hábitos de higiene oral prévios, escovagem 2 a 4 vezes dia. Apresentava MO grau 0 no dia -1 de condicionamento. No dia + 6 apresenta MO grau 2, acompanhada com alteração do paladar, sialorreia e disfagia, dor 5 na escala numérica. A fazer dieta mole, foi proposto início de perfusão de morfina (0,5mg/hora) para controle algico. Mucosas desidratadas, aplica vaselina nos lábios e realizava bochechos com água fria. Realizava higiene oral após as refeições com recurso a esponja e Clorohexidina 0,1% 4 a 6 vezes por dia. Fazia Caphosol® na mesma frequência, mas entre as refeições. Supervisionada a realização de cuidados orais, negociada como meta o aumento da frequência da higiene oral e do Caphosol®, para mais de 6 vezes/dia e um aumento da ingestão hídrica para 1,5 litros dia. Incentivado a observar as características da sua mucosa oral sempre que cuidasse da sua higiene, tendo tido a oportunidade de identificar objetivos de atuação e metas a alcançar, dentro dos limites mutuamente acordados (OE, 2011). No dia +12, MO grau 3. Deixou de tolerar o uso de esponja na higiene oral, recorrendo só a bochechos de Clorohexidina 0,1% e Caphosol®, 6 vezes dia após todas as refeições e ao deitar. Mantinha sintomatologia com aumento da disfagia e da dor 6 (escala numérica) na cavidade oral que não o deixava deglutir, foi aumentada perfusão de morfina até à sua eficácia (1,5mg/hora). Apresentava hemorragia da cavidade oral esporádica, tendo sido administrados bochechos com ácido aminocapróico durante os episódios de hemorragia e incentivado a bochechar com água fria, tendo também progredido para dieta líquida fria, sugerida a realização de zaragatoas

orais. No dia + 21, apresentava MO grau 2, sem gengivorragias, com melhoria da disfagia e ausência de dor, foi reduzida a perfusão de morfina (0,5mg/hora), e passou a dieta geral. Cumpria a higiene oral com esponja numa frequência superior a 6 vezes dia, mantendo a frequência dos bochechos. Deste modo foram implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio de sintomas (OE, 2011).

Esta situação de cuidados permitiu-me desenvolver competências a nível do domínio da responsabilidade ética e legal (OE, 2010) e no domínio do cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2011).

Outra pessoa de quem cuidei foi um senhor de 59 anos com diagnóstico de mieloma múltiplo, submetido a condicionamento com melfalan para autotransplante (em dia +5). Antecedentes de doença articular, não medicada no momento, sem história de MO. Cuidados de higiene oral prévios insuficientes (escovagem inferior a 2 vezes dia). Saneamento oral prévio com remoção de um dente do qual mantém ponto de sutura. Apresentava MO de grau 1, com dor 2 (escala numérica) no local de sutura, sem necessidade analgésica. Fazia dieta mole referindo alteração do paladar, o que motivava anorexia marcada. Necessitava de incentivo constante para se alimentar e ingerir líquidos, sendo que, na maior parte das vezes era necessária ajuda parcial na preparação dos alimentos. Por astenia cumpria higiene oral apenas 2 vezes ao dia com independência, necessitando ajuda parcial e incentivo para a realização deste procedimento até 6 vezes por dia. A fadiga é um dos efeitos mais significativos da QT e é um fenómeno multifatorial e multidimensional, que interfere profundamente na qualidade de vida da pessoa doente, podendo persistir durante meses após o tratamento (Andrade, Sawada & Barichello, 2013; Campos, Hassan & Del Giglio, 2011), sendo esta uma situação que acarreta dependência em todas as NHF associada à exaustão física e emocional (OE, 2011). Dia +11, MO grau 3, pouco comunicativo mesmo quando estimulado, apresenta gengivas maceradas e vários dentes escurecidos. Realizava a sua higiene oral com recurso a uma esponja apenas com auxílio parcial, com recurso a Clorohexidina 0,1% 4 a 6 vezes dia, acompanhado de Caphosol®. Apresentava também disfagia, dor 5 (escala numérica), iniciada morfina intravenosa (0,2mg/hora) após bólus de 2mg IV, só ingeria dieta líquida. Pondera-se início de alimentação parentérica por perda ponderal de 4kg em 5 dias.

Esta situação de cuidados permitiu-me desenvolver competências a nível do domínio da relação terapêutica com pessoas com doença incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas (OE, 2011).

No decorrer deste estágio e pela disponibilidade dos elementos da equipe, foi aplicado um pré-teste de um questionário para uma sondagem de opinião, para levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros nesta área, no meu contexto de trabalho. A sua aplicação, realizada a duas enfermeiras, demonstrou algumas imperfeições na concepção do instrumento. Segundo as suas opiniões as perguntas eram extensas e uma delas pouco clara, pelo que se procedeu à reestruturação das questões.

2.3. Num Serviço de Hematologia Oncológica de um hospital de especialidade

A realização deste projeto teve como origem um problema e necessidades identificadas neste serviço, e para a intervenção foram previstos 3 objetivos.

➤ O primeiro objetivo foi o identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre este tema.

Considerando, como já referido na introdução, que os registos de enfermagem não traduzem os cuidados devidos a esta população e por forma a uma melhor compreensão das práticas dos enfermeiros deste serviço, no que respeita à prevenção, monitorização e gestão sintomática na pessoa com risco e MO secundária ao tratamento do cancro, foi aplicado um questionário a todos os enfermeiros que prestam cuidados diretos neste serviço (Apêndice 7). O questionário, é um método que permite “colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, (...) e às atitudes. (...) apoiam-se nos testemunhos dos sujeitos, (...)” (Fortin, 1999, p. 245) sendo “habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência” (Fortin, 1999, p. 150).

Este questionário, foi construído com dois grupos de perguntas abertas, as referentes aos dados sociodemográficos e as referentes à prática junto da pessoa sujeita aos efeitos adversos dos tratamentos do cancro. Nesta segunda parte foram colocados 5 perguntas abertas relativas ao conhecimento de como avalia, o que avalia, quando avalia, quais as intervenções que utiliza na profilaxia e as usadas no tratamento sintomático da MO.

Neste trabalho a amostra, enquanto “subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Deve ser representativa da população

visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada” (Fortin, 1999, p. 202). A amostra foi constituída por todos os enfermeiros que prestam cuidados diretos no serviço de hematologia, perfazendo um total de 22 enfermeiros. Foi-lhes pedido colaboração para preencherem os questionários e assinarem o consentimento caso concordassem com o mesmo, tendo ambos os documentos sido disponibilizados e devolvidos em envelopes fechados.

O tratamento dos dados do questionário foi feito por estatística descritiva, para tratar os dados sociodemográficos e com análise de conteúdo, para os dados de texto respeitantes as questões abertas relacionadas com a MO, sobre as quais também se produziram percentagens. Após uma pré análise dos questionários, procedeu-se à codificação das unidades de registo, que Bardin (2014, p.130), define como a unidade “de significação a codificar que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidades de base, visando a categorização e a contagem frequencial”, tendo sido consideradas as palavras, expressões ou frases da informação contida nas respostas às perguntas 1, 2, 3, 4 e 5 que foram depois classificadas e agrupadas por categorias de acordo com o significado partilhado entre elas. O tratamento e apresentação destes dados pode ser observado em apêndice (Apêndice 8).

A amostra é composta por enfermeiros maioritariamente, mulheres (73%) (Apêndice 8- Quadro e Gráfico N°1), com idade igual ou inferior a 30 anos (64%) (Apêndice 8- Quadro e Gráfico N°2). No que respeita à experiência profissional (Apêndice 8- Quadros N° 3 e 4) podemos constatar que, 36% destes enfermeiros são considerados, segundo Benner (2001), iniciados, 9% iniciados avançados, por terem experiência profissional respetivamente, de menos de um ano no primeiro caso, e entre 1-2 anos de experiência em hematologia, no segundo caso. Dos restantes, 14 % são proficientes e 41% são peritos, sendo que apenas 9% tem formação a nível do 2º ciclo. Não existindo enfermeiros que se enquadrem na classificação de competentes.

A resposta à questão “*o que avalia?*”, que é dividida em duas categorias (Apêndice 8- Quadros N° 6 e 7), indica que os enfermeiros responderam, com 89,70% de unidades de registo à avaliação da cavidade oral, sobretudo porque avaliam as alterações físicas (66,20%), e aqui avaliam as características da mucosa oral e da integridade da mucosa, dando depois importância às alterações subjetivas (17,60%), ao fazerem a avaliação da dor (14,08%), e deixam em terceiro plano as alterações funcionais (5,80%), numa frequência de unidades de registo inferior à intenção que demonstram com a avaliação do risco de MO (10,30%). A avaliação do risco de MO indica haver necessidade de formação da equipa para este aspeto.

Esta avaliação não era do conhecimento da equipa, contribuindo para isso a descoberta de que o risco varia de acordo com as terapêuticas oncológicas, com a idade e a história anterior de MO da pessoa ocorrida neste trabalho.

Quanto à avaliação da cavidade oral, que é a mais referida pelos enfermeiros, devido às unidades de registo das características da mucosa e da integridade da mucosa, também revela que são descuradas outras, como a hemorragia e a alteração da cor, a merecer referência em formações futuras. As alterações subjetivas identificadas devem-se, na sua maioria à identificação da dor, o que vai de encontro à sua importância (Quinn, 2008). À subcategoria, alterações funcionais, é referida menos vezes (5,9%), apesar de ser um factor de avaliação importante na escala em uso (WHO, 1979). Nesta análise podemos concluir como pontos fortes a atenção dada as alterações físicas e subjetivas. Sendo o principal motivo de atenção, a necessidade de avaliação do risco, fundamentando a necessidade de formação a este nível.

No que respeita as respostas da questão, “*quando avalia?*” (Apêndice 8- Quadros N° 8 e 9), podemos constatar que estas não demonstram conformidade em relação ao referencial utilizado para estabelecer o esquema de avaliação da cavidade oral, na pessoa com risco ou MO. São utilizados diferentes referenciais, como o turno, a fase do internamento, a fase de tratamento ou a sintomatologia, para estabelecer a frequência de avaliação, não sendo também consistente a frequência da sua realização. De acordo com a literatura, o início da avaliação deve ser prévia ao tratamento, por forma a um correto despiste de possíveis alterações pré existentes ao mesmo (McTravish, 2014). A frequência da avaliação dependerá do risco de mucosite oral. Poderá ser diária, ou a cada dois dias, no período de maior risco de ocorrência de lesão (Quinn et al., 2008; Raber-Durlacher et al., 2010). Quando se verifica a presença de lesão, a avaliação deverá ser diária, ou bi diária (Quinn et al., 2008). A frequência de avaliação deve ser ajustada de acordo com o aparecimento da sintomatologia ou a alteração do risco de MO. A análise das respostas a esta questão, traduz uma necessidade da implementação de um esquema de avaliação, que sirva de estrutura para um melhor planeamento da vigilância e uniformização dos cuidados à pessoa com risco de MO, até porque, os critérios referidos são adequados para a tomada de decisão sobre a frequência e momento de avaliação, mas a falta de uma sistematização pode tornar a prática errática e dar a entender que o aumento da frequência da vigilância é indiferente.

Na questão “*como avalia?*” (Apêndice 8, Quadro 10 e 11.), foram identificadas 4 categorias. A auto avaliação, com 32,5% das referenciações, deverá assumir uma importância

similar à avaliação realizada pelo profissional (hetero avaliação com 42,5% das referências), devendo a pessoa ser instruída para a sua realização após os cuidados de higiene oral (Quinn et al., 2008). A classificação da MO (através de uma escala de avaliação) é valorizada em 22,5%, sendo que a categoria classificação da dor é referida num menor número de vezes, 2,5%, apesar de na questão “o que avalia?” ter sido referida por 8 de 22 enfermeiros (Quadro Nº 6 do Apêndice 8) que se apresenta como uma grande falha na avaliação. De acordo com Quinn et al. (2008) esta deve ser privilegiada e avaliada preferencialmente por uma escala de auto avaliação. A pequena valorização da classificação da MO e da dor, é corroborada pelos dados recolhidos na análise às notas diárias (Apêndice 1), revelando manifestamente uma necessidade de sistematização da avaliação.

Na questão sobre **quais as intervenções dirigidas à profilaxia** (Quadro Nº12 e 13 do Apêndice 8), foram identificados como os pontos fortes na intervenção do enfermeiro, a realização de bochechos (42,3%), a prevenção traumática e a higiene oral (23,7%).

A avaliação do risco de MO assim como a vigilância da cavidade oral representam em conjunto menos de 5% das unidades de registo identificadas, sendo as categorias que representam fragilidade na intervenção. Este facto é corroborado quer pelas respostas dadas à questão “o que avalia” (Quadro Nº 7 do Apêndice) e o identificado na análise às notas diárias (Apêndice 1).

Na análise do Quadro Nº 14 e 15 do Apêndice 8, podemos observar as respostas relativas à pergunta sobre as **intervenções dirigidas à MO instalada**.

A higiene oral (16,4%), o recurso à utilização de bochechos (29,1%) e a prevenção traumática (26,4%) são de acordo com a literatura a base dos cuidados na MO instalada (Thomson et al., 2015). O controle sintomático (identificado em 19,1% das respostas), nomeadamente a sub categoria controle da dor, é o mais significativo sintoma da mucosite oral (Tolentino et al., 2011). Estas quatro categorias representam os pontos fortes da intervenção sintomática desta equipe.

A avaliação da evolução da MO (2,7%), que deve assumir extrema importância (Quinn et al., 2008), como já foi referido, nomeadamente na questão sobre a intervenção profilática, é o principal ponto fraco da intervenção, conjuntamente com a vigilância da nutrição e o tratamento de infeções oportunistas.

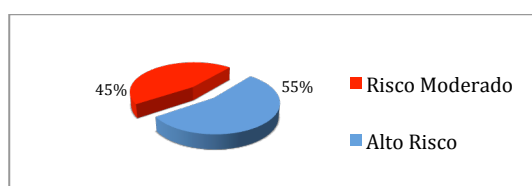
A análise desta respostas às questões colocadas demonstram principalmente, a necessidade de implementação de um esquema de avaliação do risco de MO e a sistematização da avaliação da cavidade oral.

➤ O segundo objetivo foi prestar cuidados de enfermagem visando a melhoria de cuidados à pessoa com risco e MO.

Durante o período em que decorreu este estágio prestei cuidados a 11 pessoas que iniciaram ciclo de QT. Estas pessoas foram avaliadas, quanto ao risco de MO, usando-se a classificação proposta por Thompson et al. (2015) e à cavidade oral, nos 1º, 5º e 15º dias de tratamento, independentemente do número de ciclos realizados até à data, usando-se a Escala de Toxicidade Oral da OMS. As intervenções planeadas quanto aos cuidados de enfermagem foram também monitorizadas e este trabalho foi desenvolvido pela equipa de enfermagem e não exclusivamente por mim.

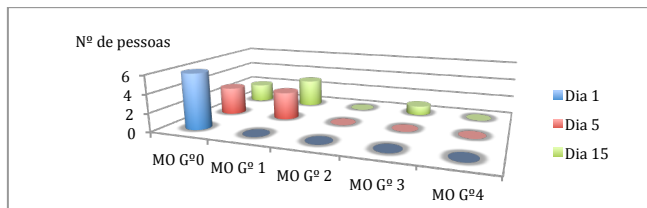
Das 11 pessoas a quem prestei cuidados, conforme se verifica no Gráfico N° 5, 45% (5) tinham médio risco de MO e 55% (6) tinham risco elevado de MO.

Gráfico N° 5 - Avaliação do risco de MO em pessoas sob QT por doença hematológica (N=11)



No grupo de 6 doentes com alto risco de MO podemos observar no Gráfico N° 6 a evolução da MO entre o 1º e o 15º dias do ciclo. No 1º dia de tratamento, 100% da amostra (6) apresentava MO grau 0, na avaliação feita no 5º dia de tratamento, 50% (3) apresentavam MO grau 1. No 15º dia, 2 (33%) doentes não apresentavam MO, 3 (50%) apresentavam MO grau 1, e 1 (17%) tinha MO de grau 3.

Gráfico N° 6 - Evolução do grau de MO na amostra com risco elevado de pessoas sob QT por doença hematológica



Descrevendo alguns dos desafios colocados nesta prestação de cuidados, refiro como primeiro exemplo, um senhor de 49 anos, com alto risco MO por ter um diagnóstico de leucemia mielóide aguda a fazer 2ª consolidação com citarabina em alta dose. Antecedentes de hipertensão arterial, fumador até novembro deste ano, sob programa de cessação tabágica. Refere ter realizado saneamento dentário prévio ao tratamento, tem implantes dentários anteriormente colocados, na arcada superior e inferior, apresenta um escurecimento da gengivas. Cuidados de higiene prévios adequados (escovagem duas a quatro vezes dia, com uso de colutórios e fita dentária uma vez dia). Independente na NHF estar limpo e proteger os tegumentos, foi incentivado a manter bons cuidados de higiene, reduzir a ingestão de açúcar e iniciar o uso de bochechos com clorhexidina a 0,1%, 6 ou mais vezes por dia. Incentivado a realizar a auto avaliação da cavidade oral. No dia +5, MO de grau 1 com xerostomia, alteração do paladar e ardor (grau 2 na escala numérica da dor) durante a alimentação e higiene oral. Incentivado a aumentar a ingestão hídrica para um mínimo de 1,5 litros de água por dia, para redução da xerostomia. Hábitos de higiene mantidos, numa frequência de 4 a 6 vezes dia com recurso a escova suave e pasta dentífrica regular. Não tolera clorhexidina ou cloridrato de benzidamina por ardor, sugerido o uso de um protetor de mucosa, cumpre Caphosol® 4 a 6 vezes dia, de acordo com prescrição médica. Sugerida a introdução de analgesia, que recusa. Prescrita profilaxia infecciosa (Posoconazol 300mg/dia e Aciclovir 800/dia via oral). Cumpre auto avaliação da cavidade oral 2 vezes dia. Dia + 15 MO grau 3 com agravamento da sintomatologia, disfagia com dor grau 4 (escala numérica da dor), cumpre clonixinato de lisina 100mg IV em SOS com efeito, mucosas da boca pálidas e pouco hidratadas. Incentivado ao uso de um hidratante labial. Apresenta alteração do paladar, e xerostomia, incentivado a ingerir bebidas frescas. Cumpre sugestões de higiene oral e ingestão hídrica. Iniciou protetor de mucosa, GelClair 4x dia. Apresenta episódios hemorrágicos das gengivas, que revertem após bochechos com ácido aminocapróico, incentivado a bochechos regulares com água fria. Sem anorexia, apresenta perda ponderal de 2kg em 5 dias, cumpre dieta mole fria. Proposta a realização de zaragatoas orais para despiste de infeção.

Outro exemplo é um senhor de 39 anos, com diagnóstico de leucemia mieloide aguda sob consolidação com citarabina em alta dose. Antecedentes de MO grau 4 no ciclo anterior pelo que tem alto risco de MO. Independente nas NHF refere bons cuidados de higiene (escovagem 4 a 6 vezes dia) cumpre protetor de mucosa 4x dia, assim como bochechos compostos + de 6 vezes dia. Prescrita profilaxia infecciosa (Posoconazol 300/ dia e Aciclovir 800/ dia, via oral). Dia + 5 apresenta anorexia, alteração do paladar e xerostomia, incentivado a aumentar a ingestão hídrica de 1,5 litros de água para 2 litros, assim como o uso de hidratante labial. Sugere-se a prescrição de Caphosol® sem sucesso. Dia + 15 MO grau 1 cumpre sugestões dos ensinamentos realizados, mantém-se a sugestão de prescrição de Caphosol®, assim como realização de zaragatoas orais para despiste de infecção.

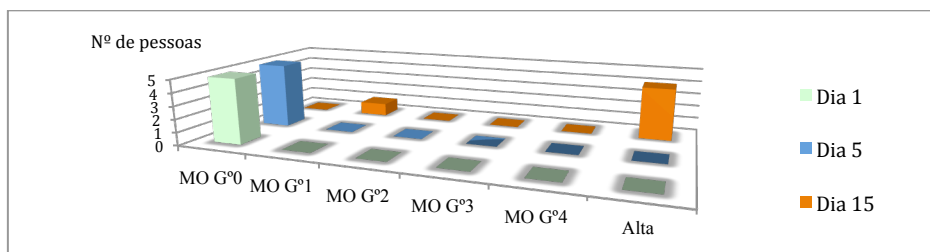
Um novo exemplo é uma senhora de 53 anos com diagnóstico de leucemia mielóide aguda sob indução com daunorrubicina e citarabina em alta dose, já neutropênica, inicia ciclo de QT com presença de lesões aftosas na cavidade oral, pelo que se atribui um alto risco de MO. Refere bons hábitos de higiene, escovagem 2 vezes ao dia, com uso de elixir, incentivada ao uso de clorhexidina a 0,1% na higiene oral em substituição do elixir habitual e aumentar a frequência da higiene oral para 6 x dia, assim como iniciar bochechos compostos 4 vezes por dia 30 minutos antes das refeições. Sugerida a prescrição de Caphosol® e início de um protetor de mucosa. Realizado ensino sobre a importância de uma autoavaliação da cavidade oral e sinais de alerta a observar. No dia +5 de QT, apresenta MO grau 1 com queixas de ardor, dor 1 na escala numérica e xerostomia. Cumpre esquema de cuidados sugeridos. Incentivada a aumentar a frequência dos cuidados de higiene para 6 vezes ao dia, assim como alterar a escova para uma consistência suave. Refere não tolerar bochechos compostos por náuseas motivadas pelo seu sabor, pelo que só os cumpre 2 vezes dia. Fornecida nistatina para substituição dos bochechos compostos. Cumpre protetor de mucosa 2x dia (GelClair®) e sugerida novamente a prescrição de Caphosol® 6 x dia. Incentivada a ingerir bebidas frias ou gelo, por forma a diminuir a náusea e xerostomia, ajustada dieta e realizados ensinamentos sobre a prevenção do traumatismo oral motivado pelos alimentos e incentivada a uma diminuição do açúcar ingerido. Realizadas zaragatoas para despiste de infecção. No dia +15, refere à auto avaliação uma mucosa oral mais hiperemiada e aumento da xerostomia assim como alteração do paladar. Cumpre higiene com escova suave 6x dia, acompanhado de bochechos de Clorhexidina 0,1%, aplicação de protetor de mucosa 2 x dia e nistatina 4 x ao dia. Iniciou Caphosol® 6 x por dia. Refere uma ingestão hídrica apenas de 0,5 litros por dia por náusea, proposta o aumento de ingestão de gelatina e ingestão de líquidos

frios, assim como chupar cubos de gelo, por forma a reduzir, quer a náusea, quer a xerostomia. Inicia ao final do dia dieta 0 por colite neutropénica, programa-se início de alimentação parentérica. Reforçada a importância de manter hidratação das mucosas e cuidados orais na mesma frequência independentemente da não ingestão alimentar.

As 3 situações descritas com risco elevado têm como diagnóstico leucemia mielóide aguda. Sendo que as complicações infecciosas no período de indução de remissão são muito semelhantes às da fase de aplasia pós condicionamento para transplante de medula, que resulta numa neutropénia profunda e mucosite grave (Nucci & Maiolino, 2000), preconiza-se a avaliação da cavidade oral e respetivo registo duas vezes dia.

O Gráfico N°7 ilustra a evolução do grau de MO no grupo de pessoas com risco moderado. No 1º dia de tratamento, 5 pessoas apresentavam MO grau 0, o correspondente à totalidade da amostra, assim como no 5º dia de tratamento. A terceira avaliação realizada no 15º dia, só foi possível ser feita a 1 pessoas, que apresentava MO grau 1, por 4 terem tido alta clínica.

Gráfico N° 7 - Evolução do grau de MO na amostra com risco moderado de pessoas sob QT por doença hematológica (N=5)



Das pessoas com risco moderado foi observado um senhor de 34 anos com diagnóstico de leucemia linfóide aguda sob 2º ciclo de ciclofosfamida, vincristina e doxorubicina. Antecedentes de Doença de Crohn, sem MO prévia em ciclos anteriores, com risco moderado de MO. Refere bons hábitos de higiene, escovagem 2 a 4 vezes dia, com uso de elixir, incentivado a substituir o seu elixir habitual por clorhexidina a 0,1%, aumentada a frequência da higiene oral para 6 x dia, assim como cumprir bochechos compostos 4 a 6 vezes por dia. Realizado ensino sobre a importância de uma autoavaliação da cavidade oral. Abordados temas como a importância de uma alimentação variada e reforço da ingestão hídrica para 2 litros dia. No dia 5, refere à auto avaliação uma mucosa oral integra sem alterações. Cumpre auto avaliação oral duas vezes dia, higiene com escovagem e uso de clorhexidina 0,1% 4 a 6 vezes por dia, dependendo do número de refeições que faz,

incentivado a realizar a sua higiene, mesmo quando não se alimenta. Não tolera bochechos compostos por náusea, mas cumpre nistatina prescrita 4 x dia. Sugerida a prescrição de Caphosol e o início de um protetor de mucosa. Baixa ingestão hídrica (0,5litros), incentivado a cumprir ingestão de no mínimo 1,5 litros de água por dia, que refere não tolerar por alteração do paladar, sugerido que misturar a água com refresco instantâneo ou groselha, para mascarar o sabor metálico que sente. No dia +15, refere à auto avaliação uma mucosa oral íntegra com alteração de paladar e ardor à mastigação, grau 1 na escala numérica da dor, sem necessidade analgésica. Não cumpre reforço de ingestão hídrica, ingerindo apenas 1 litro, proposta o aumento de ingestão de gelatina e sumos não açucarados ou gelados de gelo. Incentivado a aumentar a higiene oral para 6 vezes dia, que cumpre. Repetida sugestão de prescrição de Caphosol®.

➤ Outro dos objetivos era a sensibilização da equipe para a necessidade de melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com risco e com MO instalada.

Após a análise de conteúdo deste questionário, foi elaborada uma ação de formação dirigida aos profissionais (Apêndice 9) com vista a um debate aberto sobre o tema em questão. Nesta formação, na qual participaram 36% da equipa, foram expostos e debatidos os resultados obtidos na análise do questionário, assim como a proposta do guia de orientador e esquema de avaliação da cavidade oral.

De acordo com a equipa os resultados apresentados refletem a prática no que respeita à avaliação do risco e aplicação de escalas de avaliação da MO e dor. Já na intervenção à profilaxia e cuidados à MO instalada, é de opinião geral que os resultados não refletem os cuidados prestados, apesar da ausência de registo em notas diárias de determinadas intervenções, que também não são refletidas na análise do questionário, a equipa considera que estas são realizadas, apontando como falha o seu registo.

No que respeita à aplicação prática do esquema de avaliação da cavidade oral, a equipa considera importante a sua implementação, embora manifeste dificuldade em operacionalizar a sua aplicação pela complexidade de avaliação do risco da pessoa. No que respeita ao guia orientador consideram não fornecer os dados necessários para facilitar a avaliação do risco de MO. Foi proposta como solução a construção de quadros que resumissem a toxicidade oral dos principais medicamentos utilizados no serviço de hematologia (Apêndice 10), para melhor dar compreender o risco de MO e a sua relação com a terapêutica.

No que respeita à operacionalização da Escala de toxicidade oral da OMS e a avaliação da dor através da Escala Numérica, ficou o compromisso da equipa, para a sua implementação.

Fica acordado que esta formação será repetida após 6 meses e a primeira auditoria após um ano. Com este fim, será criada uma grelha de avaliação para a auditoria dos registos de enfermagem relativos à avaliação da MO, conjuntamente com indicadores de avaliação relativos ao registo das intervenções de monitorização da cavidade oral à pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento de cancro (Apêndice 11). A colheita de indicadores conduz a uma correta análise dos resultados das tomadas de decisão (OE, 2010).

➤ No decorrer do trajeto de aquisição de competências, surgiu a necessidade de conhecer e analisar uma realidade semelhante ao meu contexto de trabalho. Foi então proposta a realização de uma visita de estudo a um serviço de hematologia oncológica, com dois objetivos, de conhecer os recursos do serviço para avaliação, prevenção, monitorização e gestão sintomática da MO secundária ao tratamento do cancro, e identificar a intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com MO secundária ao tratamento do cancro.

Apesar da inexistência de normas ou manuais de boas práticas no que respeita à MO as práticas deste serviço incluem a avaliação da cavidade oral duas vezes ao dia, a todos os doentes que apresentem lesões na cavidade oral, uma no turno da manhã e outra no final do turno da tarde.

São disponibilizados para a higiene da cavidade oral, escovas suaves (Peterson et al., 2011) e esponjas, assim como pasta dentífrica floretadas (Thonson et al., 2015), clorohexidina 0,1% (McTravis, 2014; Thonson et al., 2015), cloridrato de benzidamina (Lalla et al., 2014; Peterson et al., 2011) e Caphosol® (Thonson et al., 2015), este segundo prescrição médica, práticas estas descritas na literatura. Os materiais disponíveis são similares aos do meu contexto de trabalho, a diferença encontrada reside na existência de esponjas adaptadas para a aspiração da cavidade oral a pessoas com dependência total na satisfação da NHF Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos.

A realização da higiene oral é incentivada após todas as refeições, assim como ao acordar e antes de dormir, num total de 6 x dia (Quinn et al., 2012).

O processo de informatização dos registos, veio trazer dificuldades no registo do risco do levantamento de problemas relacionados com MO. A linguagem indexada que consta no programa em uso, não permite o levantamento do diagnóstico mucosite oral, nem risco de

mucosite. Desta forma, ficou estabelecido que o risco de candidíase oral significaria risco de MO, e seria levantado a todas as pessoas sob QT ou em neutropénia pós QT. Esta estratégia cria conflito com o verdadeiro risco de candidíase oral, não sendo possível distingui-los caso haja necessidade de recolha destes dados.

Não foi identificada a realização da distinção dos diferentes graus de risco de incidência da MO nas diferentes pessoas internadas, sendo todas avaliadas como tendo risco de MO e o esquema de vigilância é aplicado de uma forma transversal (2xdia), a todas as pessoas internadas para QT ou vigilância de neutropénia.

As estratégias elaboradas para contornar as dificuldades que se apresentam são uma mais valia. O processo de indexação de novos diagnósticos é moroso e por vezes leva à desmotivação. Considero, pelo que observei, que este pormenor não se impõe como barreira aos bons cuidados prestados.

3. AVALIAÇÃO

O desenvolvimento de competências através de conhecimentos aprofundados, permite uma consciencialização das nossas capacidades e dificuldades. A reflexão sobre as práticas potencia a segurança e assertividade, assim como, a capacidade de refletir sobre nós próprios, e favorece o desenvolvimento de novas perspetivas (Conselho de Enfermagem, 2010).

O principal ponto forte no desenvolver deste projeto foi a sua utilidade prática visível, tendo tido uma grande recetividade por parte das diferentes equipas, facilitando deste modo, o seu desenvolvimento.

Como pontos fracos devo salientar o tempo reduzido de estágio e de horas atribuídas à implementação deste projeto no meu serviço, que dificultaram a sua concretização. Considero também, que seria necessário um período maior de tempo para aprofundar e desenvolver competências junto das pessoas com diferentes graus de risco de MO e conseguir atingir o nível de perita. A não familiarização da equipa com o programa e com a linguagem indexada trouxe dificuldades acrescidas à implementação do novo sistema de registo.

A elaboração de uma proposta para introdução no novo programa de registos, constitui sem dúvida a maior ameaça deste projeto, assim como a interdependência de algumas das medidas terapêuticas a aplicar, dado que nem todos os profissionais com quem contactei se demonstraram disponíveis para a necessidade da sua implementação.

Contudo, apesar das dificuldades com que me deparei, considero ter mantido de forma contínua e autónoma o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional (Lei Nº 74/2006 de 24 de Março de 2006), o qual penso ter levado a um patamar de proficiência.

Através da interpretação e gestão adequadas da informação proveniente da minha formação inicial e graduada, experiência profissional e pessoal, penso ter conseguido produzir um discurso fundamentado, no que respeita à intervenção do enfermeiro na pessoa com risco de MO secundária ao tratamento do cancro, tendo em consideração diferentes perspetivas e vivências de saúde/doença.

Todas as minhas decisões foram baseadas em evidência científica, integrando conhecimentos que me permitiram lidar com situações complexas, através da constante reflexão sem detrimento das responsabilidades éticas e sociais (Lei Nº 74/2006 de 24 de Março de 2006). Todas as minhas intervenções desenvolveram-se de acordo com as necessidades da pessoa doente integrada na sua família e ambiente, num processo de cuidados

individualizados, relacionando-me sempre de uma forma terapêutica, por forma a maximizar os ganhos em saúde.

Transmiti durante este processo, conhecimentos e raciocínios subjacentes às conclusões resultantes das reflexões realizadas de uma forma clara à equipa onde me insiro (Lei Nº 74/2006 de 24 de Março de 2006).

No desenrolar dos ensinamentos clínicos desenvolvi para além de instrumentos de apoio ao desenvolvimento das minhas competências na área (guião de colheita de dados, check list de ensinamentos e questionário de diagnóstico de situação), instrumentos que propiciam a continuidade da melhoria de cuidados (guia de boas práticas e check list para o registo), assim como instrumentos que permitem avaliar a efetividade dessa melhoria (indicadores de registo).

Identifiquei as necessidades formativas nesta área, e após a análise destas necessidades promovi formação em serviço.

A organização dos cuidados deve seguir diretivas uniformizadas, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, possibilitando o processo que levará a práticas mais seguras, com cuidados de qualidade numa filosofia de prestação de cuidados e desenvolvimento profissional, que estão em sintonia com os referenciais da profissão (Conselho de Enfermagem, 2010). A sistematização do registo é um caminho que pretendo continuar a percorrer.

Para além do aperfeiçoamento de competências profissionais, este projeto tem como objetivo a melhoria da qualidade de cuidados prestados através da sistematização do registo das intervenções à pessoa com risco de mucosite. Após uma reflexão sobre objetivos traçados, concluo ter desenvolvido competências que me permitem prestar cuidados de excelência à pessoa com risco de MO secundária ao tratamento do cancro, assim como capacitar a equipa onde me insiro a fazê-lo.

CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Este percurso foi acometido por imprevistos e dificuldades, relacionadas não só com o desenvolvimento do projeto mas também com a minha vida pessoal, obrigando à reestruturação de caminhos, o que faz parte de qualquer jornada, tendo desta forma proporcionado para além do desenvolvimento de enumeras competências a nível do cuidado da pessoa com risco de MO secundária ao tratamento do cancro, crescimento pessoal e emocional na gestão entre a vida profissional, pessoal e escolar.

O desenvolvimento profissional está intimamente relacionado ao aperfeiçoamento de competências adquiridas ao longo do percurso profissional, e da formação individual de cada um. A aquisição de novas competências e novos saberes, só são possíveis se acompanhadas de um percurso exaustivo de pesquisa e observação, sendo que só desta forma o desenvolvimento pessoal e profissional pode se traduzir num melhor desempenho.

A experiência permite enriquecer e ao mesmo tempo refinar teorias e formas de proceder. O contacto com contextos vivenciais, desnudam particularidades que contribuem para a aquisição de um leque de respostas, que complementam o aperfeiçoamento da teorias em desenvolvimento (Benner, 2001). Para que a experiência e perícia individual se converta em ganhos para a saúde, os conhecimentos adquiridos devem ser partilhados e efetivamente investidos no doente e suas famílias.

A aplicação e desenvolvimento deste projeto criou para além de uma oportunidade pessoal de desenvolver competências ao nível dos cuidados à pessoa com risco de MO secundária ao tratamento do cancro, a possibilidade também de dar a compreender a influência da intervenção do enfermeiro nesta área. A consequente uniformização de registos que se objetiva com este projeto permitirá uma melhor continuidade de cuidados, possibilitando também a recolha de indicadores que dão maior visibilidade à pratica de cuidados.

A implementação deste projeto na pessoa em situação de doença crónica e paliativa, permitiu-me atingir competências no cuidar de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, e maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida, através de uma relação terapêutica, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas, e à morte (OE, 2011). À luz do modelo de desenvolvimento definido por Benner, considero ter atingido o patamar de proficiência, mais próxima do patamar de perita, “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a

chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem” (Benner, 2001, p.33).

Considero que não foram criadas condições para o completo desenvolvimento de competências a nível do domínio da gestão de cuidados, pela impossibilidade de implementação de determinadas intervenções interdependentes.

No desenrolar dos ensinamentos clínicos surgiram projetos, tais como:

- Colaborar com o grupo de trabalho formado pelas enfermeiras da consulta de RT na construção de um corpo teórico que suporte a intervenção do enfermeiro no doente com radiomucosite;
- Colaborar com o grupo AEOP – Radioterapia na finalização das linhas de consenso sobre a MO.

No serviço:

- Reunir condições para propor a validação da escala de toxicidade oral da OMS para a língua portuguesa, para que desta forma possa ser informaticamente introduzida no programa em uso;
- criar uma proposta para indexação do esquema de avaliação e intervenções no novo sistema de registos,
- reavaliar as necessidades formativas através da aplicação dos instrumentos desenvolvidos, e dar continuidade formativa até satisfeitas as necessidades, consolidando o desenvolvimento de competências a nível do domínio e melhoria da qualidade de cuidados.

Pretendo escrever um artigo com base no guia de boas práticas elaborado.

Considero este, o primeiro passo de uma nova etapa profissional. Etapa esta, que irá requerer ainda mais dedicação e empenho por modo a frutificar todo o investimento aqui acometido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, V., Sawada, N. O., & Barichello, E. (2013). Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 47(2), 355–361. **DOI:**10.1590/S0080-62342013000200012.
- Araújo, S., Luz, M., Almeida, L., Silva, G., Neto, J., & Costa, A. (2013). Oncological patients and the nursing field: ration between the oral mucositis grade and the implemented therapeutic. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(4), 386–395. **DOI:**10.9789/2175-5361.2013v5n4p386.
- Asikainen, P., Ruotsalainen, T. J., Mikkonen, J. J. W., Koistinen, A., Ten Bruggenkate, C., ... Kullaa, a. M. (2012). The defence architecture of the superficial cells of the oral mucosa. *Medical Hypotheses*, 78(6), 790–792. **DOI:**10.1016/j.mehy.2012.03.009.
- Bardin, L. (2014) *A análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. **ISSN:** 978 -972-44-1506-2
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (Queirós, A., trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (From Novice to expert, 2001). 1-295. **ISBN:** 972-8535-97-X.
- Campos, M. P. , Hassan, B. J., Riechelmann, R. & Del Giglio, A. (2011). Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(2), 211–219. **DOI:**10.1590/S0104-42302011000200021.
- Clarkson, J., Worthington, H. & Eden, O. (2008). Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Australian Dental Journal*, 53(4), 363–365. **DOI:**10.1111/j.1834-7819.2008.00080.x.
- Conselho de Enfermagem (2010). *Caderno temático modelo de desenvolvimento profissional fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. **Acedido em:** Maio 2015 **Disponível em:** <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf> f.
- Cristina, R., Santos, S., Dias, R. S., Giordani, A. J., Araújo, R., Regina, H., & Segreto, C.

(2011). Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(6), 1338–1344. **Acedido em:** Setembro de 2015 **Disponível em:** <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a09.pdf>.

Decreto Lei nº 74/2006 de 24 de Março (2006). Ministerio da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da Republica I série-A*, Nº 60 (25-03-2006) 2242-225.

Direção Geral da Saúde (2011). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. **Acedido em:** Maio 2015 **Disponível em:** <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.

Direção Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de promoção de saúde oral*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa nacional de promoção da saúde oral - avaliação do risco em saúde oral*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Esteves, S. & Bizarro, J. (2006). Neutropénia. *Sinais Vitais*. 68, 23-33.

Eiras, M., Cunha, G. & Teixeira, N. (2015) - *Radioterapia - fundamentos e aplicações clínicas*. Loures: Lusodidata. **ISBN:** 978-989-8075-52.

European Oncology Nursing Society (2013). *EONS cancer nursing curriculum 2013*. (4th ed.), Brussels: Richline Graphics **Acedido em:** Junho 2015 **Disponível em:** <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>.

European Oncology Nursing Society (s.d.). *Oral mucositis guideline*. Bruxelas: EONS. **Acedido em:** Dezembro 2015 **Disponível em:** <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSClinicalGuidelinesSection4-en.pdf>.

Estrela, E.; Soares, S. & Leitão, M. (2013). *Saber escrever uma tese e outros textos*. (9ª ed.) Alfragide: Dom Quixote.

- Fortin (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização* (Salgueiro, N, trad.) Loures: Lusociência. (Le processus de larecherche: de la conception à la Réalisation 1996, (s.l.): Décarie Éditeur Inc.).
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. (Gomes, I.; Santos, J.; Silva, M.; Soares, M.; Félix, T.; Rebelo, T..Trad.). Camarate. Lusodidacta, (Basic Principles of Nursing Care, 2004, International Council of Nurses).
- Hespanhol, F.; Tinoco, E.; Teixeira, H.; Falabella, M. & Assis, N. (2007). Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl.1), **Acedido em:** Dezembro 2015 **Disponível em:** [1085-1094. http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/016](http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/016) .
- Hoffbrand, A. V. & Moss, P. A. H. (2013). *Fundamentos em Hematologia* (Fialece, R., trad.). (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (Essential haematology, 2011, John Wiley & Sons Limited). **ISBN:** 978- 85-65852-29-6.
- Iwamoto R. (2000). Radioterapia. In S. Otto, *Enfermagem oncológica* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, trad.). (Oncology Nursing 3th ed., 1997, .s.l.: Mosby). (Cap.21, 557-586). Loures: Lusociencia. **ISBN:**972-8383-12-6.
- International Council of Nurses. (2012). The ICN code of ethis for nurses. *INC - International Consil of Nurses*. **Acedido em:** Dezembro 2015 **Obtido de** http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf .
- Jaroneski, L. (2006). The importance of assessement rating scales of chemotherapy-induced oral mucositia. *Oncology Nursin Forum* 33(6),1085-1092 **DOI:**10.1188/06.ONF.1085-1093.
- Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M. & Elad, S. (2014). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, (120)1453–1461. **DOI:**10.1002/cncr.28592.
- Lambertz, C., Gruell, J., Robenstain, V., Muller-Funaiole, V., Cummings, K. & Knapp, V. (2010). NO STOPS: reducingtreatment breaks during chemorradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (5), 585-593 **DOI:** 10.1188/10.CJON.583-593.

McTravish, R. (2014). Cancer patients: oral mucositis prevention. *The Joanna Briggs Institute*, 1–7. **Acedido em:** Junho 2015 **Disponível em:** http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.16.0b/ovidweb.cgi?&S=JKLBFP MJNDDJAAFNCKKKCJCLFPJAA00&Link+Set=S.sh.42%7c8%7csl_190 .

MASCC/ISSO (2014). MASCC/ISSO clinical practice guidelines for mucositis secondary to cancer therapy. **Acedido em:** Junho 2015 **Disponível em:** www.mascc.org .

Circular Normativa nº 09/DGCG de 14 de Junho (2003). Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da avaliação da dor. *Direção Geral da Saúde* 1-4.

Morais, J. R., Vanderley, T. R., Diego, R., Soares, M., Castro, E. D., Nilkece, S., ... Araújo, B. (2015). Caracterização do paciente com mucosite oral induzida por quimioterapia. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 4(1), 26–32.

Nes, A. & Posso, M. (2005). Patients with moderate chemotherapy-induced mucositis: pain therapy using low intensity lasers. *International Nursing Review* 53, 68-72.

Nucci, M., & Maiolino, A. (2000). Infecções em transplante de medula óssea. *Medicina*, (33), 278–293. **Acedido em:** Dezembro 2015 **Disponível:** http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n3/infecoes_transplnte_medula_ossea.pdf .

Oliveira, C.; Lima, J.; Ribeiro, R.; Domingues, G.; Moreira, V. & Oliveira, M. (2014) Atuação da enfermagem na prevenção e controle da mucosite oral em pacientes submetidos a quimioterapia: uma revisão de literatura. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista*, 7(1), 94-107.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. **Acedido em:** Julho 2015 **Disponível em:** http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf .

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa **Acedido em:** Julho 2015 **Disponível em:**

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Deontologia Profissional de enfermagem **Acedido em:** Janeiro 2017 **Disponível em:** http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros **Acedido em:** Janeiro 2017 **Disponível em:** http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes7Documents/nEstatuto_REPE_29102015_vssite.pdf.

Peterson, D. E., Bensadoun, R.-J., & Roila, F. (2011). Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 22(Supplement 6), vi78–vi84. **DOI:**10.1093/annonc/mdr391.

Pinho, A., Misorelli, J., Montelli, R. & Longato, S. (2010). Mucosite no paciente em tratamento de cancer. *Science in Health* 1 (3): 145-160.

Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B., (2004) *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos avaliaçãoe utilização*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Potter, P. (2006) *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (Leal, L.; Ligeiro, I., trad.). (5ª ed.), Loures: Lusociência. (Basic Nursing: Essentials for practice, 2003, s.l. Elsevier Science) (Cap. 6 - Processo de enfermagem, 85-116).

Quinn, B. (2013). Efficacy of a supersaturated calcium phosphate oral rinse for the prevention and treatment of oral mucositis in patients receiving high-dose cancer therapy: a review of current data. *European Journal of Cancer Care*, 22(5), 564–579. **DOI:**10.1111/ecc.12073.

Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; Houghton, D. & Campbell, F. (2012) Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*. 1-12. **Acedido em:** Julho 2015 **Disponível em:** http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines_v3.pdf.

- Quinn, B., Potting, C. M. J., Stone, R., Blijlevens, N. M. A., Fliedner, M., Margulies, A. ... Sharp, L. (2008). Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. *European Journal of Cancer*. 44(1), 61–72. **DOI:**10.1016/j.ejca.2007.09.014.
- Raber-Durlacher, J. E., Elad, S. & Barasch, A. (2010). Oral mucositis. *Oral Oncology*, 46(6), 452–456. **DOI:**10.1016/j.oraloncology.2010.03.012.
- Ribeiro, O., Meireles, A., & Guimarães, J. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite bucal: o papel fundamental do cirurgião-dentista - Revisão. *Rev. Clín. Pesq. Odontol.*, 6(1), 57–62. **ISSN:** 1807-5274.
- Radiation Therapy Oncology Group. (2008). Acute radiation morbidity scoring criteria. Acedido em: Setembro 2015, Disponível em: <https://www.rtog.org/researchassociates/adverseeventreporting/acuteradiationmorbidityscoringcriteria.aspx> .
- Schirmer, E. M., Ferrari, A., & Trindade, L. C. T. (2012). Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. *Revista Dor*, 13(2), 141–146. **DOI:**10.1590/S1806-00132012000200009.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P (1997). *Anatomo & Fisiologia* (Caeiro, M. d'Daires, Durão, M. Cândida, Abecasis, M. Leonor Braga, Groz, M. Pitta, Leal M. Teresa Sarreira, trad.). Lisboa: Lusodidata. (Anatomy & Physiology, 1992, Mosby- Year Book, Inc.) Cap. 24. 825-874. **ISSN:** 972-96610-5-7.
- Sonis, S. T. (2004a). Oral mucositis in cancer therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 2(6 Suppl 3), 3–8. **Acedido em:** Agosto 2015 **Disponível em:** <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-11944271441&origin=inward&txGid=17A4C014A9903868092AB2222778E76A.Vdktg6RVtMfaQJ4pNTCQ%3a3> .
- Sonis, S. T. (2004b). The pathobiology of mucositis. *Nature Reviews Cancer*, 4(4), 277–284. **DOI:**10.1038/nrc1318.

- Sonis, S. T. (2007, Outubro). Pathobiology of oral mucositis: novel insights and opportunities. *The Journal of Supportive Oncology*, 5(9, Sup.4), 3–11.
- Sonis, S. T. (2009). Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncology*, 45(12), 1015–1020. **DOI:**10.1016/j.oraloncology.2009.08.006.
- Sousa, R. M., Santo, F. H., Santana, R. F., & Lopes, M. V. (2015). Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1), 54–65. **DOI:**10.5935/1414-8145.20150008.
- Tayyem, A. (2014). Cryotherapy effect on oral mucositis severity among recipients of bone marrow transplantation: a literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), E84–7. **DOI:**10.1188/14.CJON.E84-E87.
- Teixeira, J..(2007) *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*, 2^a Ed.(May), 1–12. **Acedido em:** Dezembro de 2015 **Disponível em:** http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf.
- Tolentino, E., Centurion, B., Ferreira, L., Souza, A., Damante, J., & Rubira-Bullen, I. (2011). Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literature review and suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients. *Journal of Applied Oral Science*, 19(5), 448–454. **DOI:**org/10.1590/S1678-77572011000500003.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2006). *Teóricas de enfermagem e a sua obra modelos e teorias de enfermagem* (Albuquerque, R., trad.). Loures: Lusociencia. (Nursing theorists and their work. 5^a ed., 2002, Philadelphia: Mosby Elsevier). (Cap.8, 111-125). **ISSN:** 972-8383-74-6.
- Vijay, A. (2014). Chemotherapy: oral mucositis management. *The Joanna Briggs Institute*. **Acedido em:** Agosto 2015

Disponível em: http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.16.0b/ovidweb.cgi?&S=JKLBFP MJNDDJAAFNCKKKCJCLFPJAA00&Link+Set=S.sh.42%7c6%7csl_190 .

Deglin, J., Vallerand. (2009). *Guia farmacológico para enfermeiros*. (Pinheiro H., trad.). (Drug Guide for Nurses 10^a ed., 2007, Philadelphia.: F.A. Davis Company). Camarate: Lusodidacta.

World Health Organization (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Keller, C. (2000). Transplante de medula óssea. In S. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, trad.). (Oncology Nursing 3^a ed., 1997, s.l.: Mosby). (Cap.24, p. 677-704). Loures: Lusociência.

https://www.researchgate.net/profile/Isabella_Lima_Arrais_Ribeiro/publication/301627894/figure/fig22/AS:355239304679428@1461707058932/Figura-2-Esquema-da-fisiopatologia-da-MO.png .

<http://conquistodontologia.com.br/tente-estes-truques-para-obter-um-sorriso-mais-juvenil-e-saudavel/> .

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/colutório> .

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/elixir> .

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Análise a notas diárias de enfermagem (janela de 24H)

Para melhor fundamentar a pertinência deste projeto de intervenção foi realizada uma avaliação, por corte transversal¹, das notas diárias de enfermagem, numa janela de 24 horas, dos processos dos doentes internados nesse dia, após consentimento dado pela enfermeira chefe do serviço. Os critérios de inclusão na amostra foram:

- pessoas internadas há mais de 24 horas,
- pessoas em qualquer fase de tratamento.

Como critérios de exclusão considera-se o serem:

- pessoas em fase de esclarecimento de diagnóstico que ainda não tenham feito QT.

As notas diárias foram analisadas de acordo com os indicadores presentes no texto de cada turno.

- dados da avaliação feita à cavidade oral através da descrição de pelo menos uma características da mucosa,
- dados da avaliação feita à cavidade oral com recurso à Escala de Avaliação da Toxicidade oral da OMS,
- dados da intervenção higiene oral,
- dados da intervenção utilização de bochechos (com qualquer produto).

Dos 26 processos 3 não preenchiam os critérios de inclusão, pois reportavam a pessoas em fase de diagnóstico. Dos 23 processos de enfermagem incluídos, 9 eram referentes a pessoas sob QT e 14 a pessoas sob vigilância de neutropénia febril. Foram avaliados, os registos dos turnos da manhã (M), da tarde (T) e da noite (N) das 24 horas anteriores. Das notas referentes aos 9 processos das pessoas sob QT, nenhum dos 3 turnos, tinha registo das avaliações ou intervenções pretendidas, nas referentes aos 14 processos pertencentes às pessoas internadas para vigilância de neutropénia:

- em 4 (28,6%) há registo de avaliação da cavidade oral com recurso a pelo menos à descrição de uma das características da mucosa, sendo que nenhum destes registos foi realizado no turno da noite;

¹ “O estudo transversal tem por objetivo medir a frequência de um acontecimento (...) numa dada população” (Fortin, 2009, p.250).

- em 1 (7,15%) registo foi feita a avaliação da cavidade oral com recurso à Escala da Toxicidade Oral da OMS;
- em 2 (14,3%) notas de enfermagem há registo da realização de cuidados de higiene oral durante o turno da manhã e tarde;
- em 5 (35,7%), há registo da realização de bochechos durante o turno da manhã e da tarde, com maior percentagem de registos à tarde,
- não se identificaram registos de nenhum dos critérios avaliados no turno da noite de nenhum processo de enfermagem.

Quadro 1 – Dados dos registos das notas de enfermagem relativos à avaliação da cavidade oral e intervenções em pessoas sob QT ou neutropénia pós QT no serviço de Hematologia Oncológica.

Registo	Fase de tratamento	Avaliação da cavidade oral (descritiva)			Avaliação da cavidade oral (escala)			Higiene oral			Bochechos		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	Neutropénia										X	X	
2	Neutropénia	X	X									X	
3	Neutropénia												
4	Neutropénia												
5	Neutropénia	X											
6	Neutropénia												
7	Neutropénia												
8	Neutropénia												
9	Neutropénia												
10	Neutropénia		X			X		X	X		X	X	
11	Neutropénia												
12	Neutropénia											X	
13	Neutropénia												
14	Neutropénia	X						X	X		X	X	
15	QT												
16	QT												
17	QT												
18	QT												
19	QT												
20	QT												
21	QT												
22	QT												
23	QT												

Através desta análise constatou-se ausência de qualquer registo, quer de avaliação, quer de intervenções nas pessoas sob quimioterapia. Nas pessoas em neutropénia pós QT verifica-se uma baixa frequência nos registos de enfermagem da avaliação da cavidade oral e dos cuidados realizados. A bibliografia aconselha uma frequência de avaliação da cavidade oral diária no período de maior risco de ocorrência de lesão, do 4º ao 7º dia pós início de QT (Quinn et al., 2008; Raber-Durlacher, Elad & Barasch, 2010).

As intervenções como a higiene oral, estão recomendadas (Quinn et al., 2012; Thomson, et al. 2015) numa frequência de 6x dia em pessoas com baixo risco de desenvolver MO, assim com a utilização de bochechos numa frequência mínima de 4x/dia, sendo que estes cuidados (mínimos) não são traduzidos nos registos analisados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fortin (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Salgueiro, N, trad.) Loures: Lusodidacta. (Fondements et étapes du processus de recherche 2006, (Canada): Chenèlier Éducation).
- Quinn, B., Potting, C. M. J., Stone, R., Blijlevens, N. M. A., Flidner, M., Margulies, A., & Sharp, L. (2008). Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. *European Journal of Cancer*, 44(1), 61–72. DOI:10.1016/j.ejca.2007.09.014
- Quinn, B., Davies, M., Horn, J., Riley, E., Treleaven, J., Houghton, D. ... Campbell, F. (2012). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*. 1-12. Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines_v3.pdf.
- Raber-Durlacher, J. E., Elad, S. & Barasch, A. (2010). Oral mucositis. *Oral Oncology*, 46(6), 452–456. DOI:10.1016/j.oraloncology.2010.03.012
- Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*, 2ª Ed. (May), 1–12. Acedido em: Julho 2015, Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf

APÊNDICE 2 – Escalas de avaliação da MO

De acordo com a MASCC (*Multinational Association of Suportive Care in Cancer*) o aspecto fundamental para uma correta avaliação é a valorização de alterações físicas, subjetivas e funcionais (Quinn et al., 2008).

Existe uma falta de consenso no que respeita ao uso das diversas escalas de avaliação da MO descritas na literatura (Jaroneski, 2006).

Na pesquisa realizada pela *Taskforce constituída pela EONS (European Oncology Nurse Society) e EBMT (Group for Blood and Marrow Transplantation)* foram identificadas várias escalas de avaliação da MO (Quinn et al., 2008), cada uma delas desenvolvida com diferente propósito (Jaroneski, 2006) e nenhuma foi traduzida e validada para português.

Passaremos a apresentar e analisar estas escalas:

WHO Oral Toxicity Scale

OM Grade	Clinical Presentation
0	No change
1	Soreness, erythema.
2	Erythema, ulcers; can eat solids.
3	Ulcers; requires liquid diet only.
4	Alimentation is not possible.

In: World Health Organization (1979). WHO handbook for reporting results of cancer treatment.

Escala de Toxicidade Oral da OMS

Grau	Critério
0	Sem lesão
1	Eritema, sensação de dor/ desconforto.
2	Eritema, úlcera, ingere sólidos.
3	Úlceras, requer dieta líquida
4	Alimentação por via oral não é possível.

Tradução livre em uso no serviço de Hematologia Oncológica onde desempenho funções.

Esta escala foi desenvolvida pela OMS, em 1979, considera as alterações físicas da mucosa oral com gradientes que vão do sem lesão (grau 0), passando pelo eritema (graus 1,2), até à ulceração, que surge a partir do grau 2. As alterações funcionais com influência na deglutição e na ingestão de comida sólida, aparecem no grau 3 e são totais, tornando impossível o uso da via oral, no grau 4. Também as alterações subjetivas, descritas como sensação de desconforto aparecem com a progressão do grau de mucosite oral desde o grau 1.

Os benefícios da utilização desta escala prendem-se com a sua simplicidade de entendimento e aplicação. Tem presentes todos os critérios considerados importantes na monitorização da MO (alterações físicas, subjetivas e funcionais) (Quinn, 2008), dando

especial relevo à capacidade de ingestão alimentar e consistência de alimentos ingeridos. Tem como desvantagens a pouca diversidade dada a outras alterações físicas, como o edema ou a hemorragia, e subjetivas como, a alteração do paladar e xerostomia, e outras funcionais, como a alteração da voz. Dá também pouco relevo à dor que só aparece no grau 1, obrigando à associação de uma escala de avaliação da dor.

Esta escala tem por objetivo avaliar o impacto das alterações da mucosa oral, nas NHF da pessoa, sendo que o aumento do grau de lesão é diretamente proporcional ao aumento da gravidade da alteração. Deste modo a progressão é feita através da descrição do aparecimento de alterações, que comprometem a capacidade de alimentação, dor e integridade da mucosa, demonstrando o estado de saúde global da pessoa.

Oral Mucositis Assessment Scale - OMAS

Sample Dat Colletion for Indicate the Parameteres and Sites for the Objective Scoring Used for Chemoterapy Patientes

Localization	Ulceration/ pseudomembrane* (circle)				Erythema ** (circle)		
Upper lip	0	1	2	3	0	1	2
Lower lip	0	1	2	3	0	1	2
Right cheek	0	1	2	3	0	1	2
Left cheek	0	1	2	3	0	1	2
Right ventral and lateral tong	0	1	2	3	0	1	2
Left ventral and lateral tong	0	1	2	3	0	1	2
Floor mouth	0	1	2	3	0	1	2
Soft palate/fouces	0	1	2	3	0	1	2
Hard patlate	0	1	2	3	0	1	2

*** Ulceração / pseudomembrane:**

*****Eritema**

0 = no lesion

0 = none

$$1 = < 1 \text{ cm}^2$$

1 = not severe

$$2 = 1 \text{ cm}^2 - 3 \text{ cm}^2$$

2 = severe

$$3 \Rightarrow 3 \text{ cm}^2$$

Presence of infection:	yes	no	If yes circle:	local	non oral	systemic
------------------------	-----	----	----------------	-------	----------	----------

Sample Data Collection form for Subjective Data Regarding Mouth Pain and Swallowing

Please indicate by line on the scale bellow how severe the pain in your mouth is NOW:

No pain

Most severe pain

Please indicate by a vertical line on the scale bellow how well you can swallow:

No trouble in swallowing

Cannot swallow anything at all (even saliva)

Please indicate how well you can swallow food or liquids by checking below:

Function:

Normal _____

Only soft, solid foods

Only liquids_____

No foods or liquids

In: Sonis, Eilers & Wittes (1999) Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy.

Escala de avaliação da mucosite oral

Exemplo de instrumento de recolha de dados dos parâmetros e locais objetivos de avaliação
do *Score* em doentes de quimioterapia.

Localização	Ulceração / pseudomembrana – a) (assinale)	Eritema – b) (assinale)
Lábio superior	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Lábio inferior	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Mucosa direita (bochecha)	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Mucosa esquerda (bochecha)	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Região lateral direita da língua	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Região lateral direita da língua	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Área sublingual	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Palato duro	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2
Palato mole	0 -----1----- 2----- 3	0 -----1----- 2

a)	b)
0 = ausente	0 = ausente
1 = <1 cm ²	1 = moderado
2 = >1-3 cm ²	2 = severo
3 = 3 cm ²	

Presença de infecção:	sim	não
Se sim assinalar:	local	não oral sistêmica

Exemplo de formulário de recolha de dados dos parâmetros subjetivos referentes à dor e deglutição.

Por favor, indique na linha da escala abaixo, quão grave é a dor da sua boca agora:

[illegible]

Indique na linha da escala abaixo o quão bem consegue engolir alimentos ou líquidos:

sem dificuldade em deglutir não consigo deglutir nada (nem saliva)

Indique abaixo o quão bem você consegue engolir alimentos ou líquidos:

Função:

Normal _____

Somente alimentos sólidos macios _____

Somente líquidos _____

Nenhum alimento ou líquido _____

Tradução pelo autor.

Este instrumento de avaliação é composto por 3 áreas, uma que avalia os dados objetivos (alterações físicas), que incluem a presença, dimensão e local da ulceração e eritema, medidas com uma escala ordinal tipo Likert, pontuadas respetivamente de 0 a 3, (ulceração) e de 0 a 2 pontos (eritema). Outra que avalia os dados subjetivos (alterações subjetivas), que inclui só a dor, medida com uma escala visual analógica. Por fim a avaliação dos dados funcionais (alterações funcionais), relativos à deglutição(saliva) medidas por uma escala visual analógica e qualitativa (4 níveis de ordenação).

As desvantagens desta escala prendem-se com a sua extensão e complexidade de interpretação o que dificulta a adesão à sua utilização.

Oral Assessment Guide (OAG)

Category	Method of administration	1	2	3
Voice	Converse with patient. Listen to crying	Normal	Deeper or raspy	Difficulty talking, crying or painful
Swallow	Ask patient to swallow.	Normal swallow	Some	Unable to swallow
Lips and corner of the mouth	Observe and feel tissue	Smooth and pink and moist.	Dry or cracked.	Ulcerated or bleeding
Tongue	Observe appearance of tissue.	Pink and moist and papillae present.	Coated or loss of papillae with a shiny appearance with or without redness Fungal infection	Blistered or cracked
Saliva	Observe consistency and quality of saliva or insert depressor into mouth, touching centre of the tongue and the floor of the mouth.	Watery Excess salivation due to teething	Thick or ropy	Absent
Mucous Membrane	Observe appearance of tissue.	Pink and moist	Reddened or coated without ulceration. Fungal infection	Ulceration with or without bleeding
Gingivae	Gently press tissue with a gloved finger	Pink and firm Oedema due to teething	Oedematous with or without redness, smooth	Spontaneous bleeding or bleeding with pressure
Teeth (If no teeth score as 1)	Visual Observe appearance of teeth	Clean and no debris	Plaque or debris in localised areas (between teeth if present)	Plaque or debris generalised along gum line

In: Gibson, Cargill, & Lucas (2006). Establishing content validity of the oral assessment guide in children and young people.

Guia de Avaliação Oral

Categoria	Modo de Observação	Score	Descrição
Voz	Conversa com o paciente	1	Normal
		2	Rouquidão/Afonia
		3	Disfonia /Dor
Deglutição	Observação: pedir que degluta	1	Deglutição Normal
		2	Discreta dor à deglutição
		3	Não deglute
Lábios	Visual/palpação Observação dos tecidos	1	Suaves, rosados e hidratados
		2	Desidratados ou gretados
		3	Ulcerados ou sangrantes
Língua	Visual/palpação Observação o aspecto dos tecidos	1	Rosada, hidratada e papilas presentes
		2	Perda de epitélio/papilas com aspecto brilhante e ruborizada. Infecção fúngica
		3	Edemaciada ou gretada
Saliva	Inserir a espátula na boca tocando o centro da língua e pavimento da boca	1	Fluida
		2	Espessa
		3	Ausente
Mucosa	Visual, observar a aparência do tecido	1	Rosada e hidratada
		2	Ruborizada, pálida sem ulceração
		3	Ulcerada, sangrante/ou não
Gengiva	Visual, com a espátula pressionar gentilmente o tecido	1	Rosa, firme
		2	Edematosa, sangrante/ou não
		3	Sangrante ao toque ou pressão
Dentes	Observação da aparência dos dentes, ou área de pressão da dentadura	1	Limpa, sem detritos
		2	Detritos localizados entre os dentes
		3	Detritos generalizados ao longo da linha da dentadura ou dentes

Tradução pelo autor

O artigo original de publicação escala não se encontrava disponível nas bases de pesquisa utilizadas, pelo que se utiliza um artigo dedicado à sua validação. Esta escala foi desenvolvida em 1988 por Eilers, Berger e Petersen (Jarineski, 2006), para ser aplicada a crianças. Desenhada para avaliar a função e estado da cavidade oral, é composta por 8 categorias com uma escala qualitativa de 1 (normal, sem alterações), 2 (alterações suaves ou moderadas), 3 (alterações severas), 9 é o Score total a partir do qual se expressam alterações e 24 o Score máximo atribuído.

Considera as três alterações físicas da mucosa oral, a coloração, o edema e a hemorragia, duas alterações funcionais, a voz e a deglutição, alterações subjetivas como dor, referida nas categorias da voz e deglutição. Tendo presentes todos os critérios considerados importantes na monitorização da MO (alterações físicas, subjetivas e funcionais), as desvantagens prendem-se com a extensão da escala o que torna mais difícil a sua aceitação.

Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria (RTOG)

0	No change over baseline
1	Injection/ may experience mild pain not requiring analgesic
2	Patchy mucositis which may produce an inflammatory serosanguinitis discharge/ may experience moderate pain requiring analgesia
3	Confluent fibrinous mucositis/ may include severe pain requiring narcotic
4	Ulceration, hemorrhage or necrosis

In: <https://www.rtog.org/researchassociates/adverseeventreporting/acuteradiationmorbidityscoringcriteria.aspx>

Cr terios de Pontuação de Morbilidade Aguda por Radiação (RTOG)

Grau	Cr�terio
0	Alterações na mucosa ausentes
1	Eritema, dor ligeira, sem necessidade analgésica
2	Mucosite desigual pode ocasionar perdas serohemáticas, dor moderada com necessidade de analgesia
3	Tecido fibrinóide, pode incluir dor severa e requer analgesia com narcóticos
4	Ulceração, hemorragia ou necrose

Tradução pelo autor

O Radiation Therapy Oncology Group em conjunto com a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) desenvolveu dois tipos de escalas para avaliação de alterações agudas e tardias de radiação.

A escala acima referida refere-se às alterações agudas, esta considera as alterações físicas da mucosa oral, com gradientes que vão de, sem lesão (grau 0) até   ulceração hemorragia ou necrose (grau 4), passando pelo eritema (grau 1), a alteração desigual dos tecidos da mucosa (grau 2) e aparecimento de tecido fibrinóide (grau 3), alteração subjetivas como a dor que progride de ligeira sem necessidade analgésica (grau 1), a dor moderada (grau 2) com necessidade analgésica ou severa (grau 3) com necessidade analgésica com opio ides.

A principal desvantagem desta escala   não incluir de cr terios de avaliação de alterações funcionais como as alterações da voz e deglutição, particularmente importantes para a prestação de cuidados de enfermagem. Os benefícios da utilização desta escala estão relacionados com a sua simplicidade de entendimento e aplicação. Tendo presentes cr terios considerados importantes na monitorização da MO (alterações físicas, subjetivas), d  especial relevo   dor e analgesia aplicada, assim como   alteração tecidular (eritema/mucosite desigual/ulceração), características da MO de causa r dica.

Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)

Oral mucositis	
Grade	Adverse Event
1	Asymptomatic or mild symptoms; intervention not indicated
2	Moderate pain; not interfering with oral intake; modified diet indicated
3	Severe pain; interfering with oral intake
4	Life-threatening consequences; urgent intervention indicated
5	Death

In: National Cancer Institute (2009). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)

Crêterios de Terminologia Comum de Eventos Adversos

Mucosite oral	
Grau	Cr�terio
1	Assintomática ou sintomas leves, não está indicada intervenção
2	Dor moderada, não interfere com a ingestão oral; está indicado a modificação de dieta
3	Dor severa com interferência na ingestão alimentar
4	Consequências potencialmente letais é indicado a intervenção urgente
5	Morte

Tradução pelo autor

Esta escala faz parte de um conjunto de escalas desenvolvidas pelo *National Cancer Institute* (2009), para a avaliação e vigilância dos efeitos adversos de varias etiologias no qual se inclui a avaliação da mucosite oral. São nela consideradas as alterações da mucosa oral com gradientes que vão do assintomático ou sintomas leves (grau 1) até   morte (grau 5), passando pela dor moderada (alteração subjetiva) sem interferência com a ingestão oral (alteração funcional) (grau 2) aqui com referência à necessidade de ajuste da dieta ingerida. Até à dor severa com interferência na ingestão alimentar (grau 3) e às consequências potencialmente letais com indicação de intervenção urgente (grau 4).

A utilização desta escala valoriza as alterações subjetivas, como a dor, e funcionais, a ingestão oral, fornecendo um indicador para a atuação.

As desvantagens prendem-se com a pouca relevância que é dada às alterações, físicas como, edema, coloração das mucosas, ulceração ou hemorragia, e a outras alterações subjetivas como a alteração do paladar e a xerostomia e funcionais, como as alterações da voz.

Quadro 1 – Resumo comparativo das escalas de avaliação da MO

	OMS	OMAS	OAG	RTOG	NCI-CTC
Alterações físicas	Eritema Úlcera	Eritema Úlcera	Eritema Edema Hidratação Coloração Úlcera Hemorragia	Eritema Úlcera Hemorragia Tecido fibrinóide Necrose	N
Alterações funcionais	Ingestão de alimentos	N	Deglutição Voz	N	Ingestão de alimentos
Alterações subjetivas	Dor	N	Dor	Dor	Dor

Os elementos mais valorizados nestas escalas de avaliação da MO são, as alterações físicas, eritema e ulceração e a alteração subjetiva dor, seguida pela alteração funcional, deglutição e ingestão alimentar.

Referências Bibliográficas

- Gibson, F., Cargill, J., Allison, J., Begent, J., Cole, S., Stone, J., & Lucas, V. (2006). Establishing content validity of the oral assessment guide in children and young people. *European Journal of Cancer*, 42(12), 1817–1825. DOI:10.1016/j.ejca.2006.02.018
- Jaroneski, L. (2006). The importance of assesement rating scales of chemoterapy-induced oral mucositis. *Oncology Nursing Forum* 33(6), 1085-1092 DOI:10.1188/06.ONF.1085-1093
- National Cancer Institute. (2009). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)*. *National Institutes of Health Publication* (Vol. Versão 4.0). DOI:10.1080/00140139.2010.489653
- Quinn, B., Potting, C. M. J., Stone, R., Blijlevens, N. M. A., Fliedner, M., Margulies, A., & Sharp, L. (2008). Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 44(1), 61–72. Doi:10.1016/j.ejca.2007.09.014
- Radiation Therapy Oncology Group. (2008). Acute radiation morbidity scoring criteria. Acedido em: Setembro 2015, Disponível em: <https://www.rtog.org/researchassociates/adverseeventreporting/acuteradiationmorbidityscoringcriteria.aspx>
- Sonis, S. T., Eilers, J. P., Epstein, J. B., LeVeque, F. G., Liggett, W. H., Mulagha, M. T., ... Wittes, J. P. (1999). Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy. Mucositis Study Group. *Cancer*, 85(10), 2103–13. DOI:10.1002/(SICI)1097-0142(19990515)85:10<2103::AID-CNCR2>3.0.CO;2-0
- Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group, 2ª Ed.* (May), 1–12. Acedido em: Julho 2015, Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf
- World Health Organization (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

**APÊNDICE 3 – Guia orientador dos cuidados de enfermagem à pessoa
com risco ou MO secundária ao tratamento de cancro**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

Estágio com Relatório

Guia orientador dos cuidados de enfermagem à pessoa com risco ou mucosite oral secundária ao tratamento de cancro

Discente:

Liliana Vanessa Girão Fraga Nº 6134

Lisboa

2016

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO -----	3
1. ORIENTAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO DE MO -----	5
2. ORIENTAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DA CAVIDADE ORAL -----	8
3. ORIENTAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO PROFILÁTICA E SINTOMÁTICA NA MUCOSITE ORAL -----	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	18

INTRODUÇÃO

Este guia tem como finalidade orientar e sistematizar os cuidados de enfermagem à pessoa com risco e MO secundária ao tratamento do cancro. Deste modo fornece informação sobre os critérios necessários para uma correta avaliação do risco de MO na pessoa, assim como os critérios para uma correta avaliação do seu grau de evolução tendo como referência a Escala de Toxicidade Oral da OMS. Fornece, também de acordo com esta mesma escala, orientações sobre as intervenções preventivas e sintomáticas da MO.

A mucosite é uma inflamação da mucosa, induzida pela terapia para o cancro, que pode afetar não só a mucosa oral mas todo o trato digestivo (Lalla, Bowen & Elad, 2014). Ocorre por atrofia da mucosa oral, que se manifesta por alterações que vão desde o edema e eritema até à ulceração, sendo um fenómeno complexo que envolve todo o tecido conjuntivo (Raber-Durlacher, Elad & Barasch, 2010). Todo este processo evolutivo pode sofrer agravamentos da inflamação da mucosa pela colonização por microrganismos patogénicos, ou por traumatismos provocados por dentes, (Raber-Durlacher et al., 2010) e também por certos alimentos ou materiais de higiene.

A MO tem um impacto importante na pessoa submetida a QT e RT, sabemos que a sua incidência varia de acordo com o tipo de tratamento feito, pois sabe-se que atinge cerca de 20% a 40% das pessoas sob quimioterapia convencional, 80% dos submetidos a quimioterapia de alta dose, ou como consequência do condicionamento de transplante de medula óssea, atingindo a quase totalidade (100%) dos submetidos a radioterapia na região da cabeça e pescoço (Lalla et al., 2014).

O risco de desenvolver MO para além de estar associado a fatores relacionados com o tratamento oncológico, está também relacionado com fatores inerentes à pessoa, considerando-se neste caso a idade e os antecedentes pessoais de MO, que em conjunto determinam o critério de inclusão num dos três grupos de risco, alto risco, risco moderado e baixo risco (Quinn et al., 2012; Thomson et al., 2015). A estes fatores acrescem outros que em determinadas circunstâncias, podem aumentar a severidade da MO, como é o caso das terapias de combinadas (Peterson, Bensadoun & Roila, 2011), o sexo (Sonis, 2009), ou uma má higiene oral (Raber-Durlacher et al., 2010).

Assim, considerando a importância do impacto da MO nestas populações, a intervenção do enfermeiro deve ter por foco a avaliação do risco da pessoa em desenvolver MO, assim como a avaliação de outros fatores condicionantes do aparecimento de lesões/

ulcerações, para que deste modo se adotem protocolos de cuidados orais na avaliação e prevenção da MO em todas as idades e em todas as modalidades de tratamento (MASSC/ISSO, 2014). Neste contexto foi desenvolvido um guia com o objetivo de descrever um programa de educação que orientasse as intervenções do enfermeiro na pessoa com risco de MO secundária ao tratamento do cancro.

Objetivos específicos:

- ✓ Uniformizar a avaliação de enfermagem do risco da pessoa desenvolver mucosite oral secundária ao tratamento do cancro.
- ✓ Sistematizar a avaliação da cavidade oral com recurso à implementação da Escala de Toxicidade Oral da OMS.
- ✓ Descrever as intervenções de enfermagem na profilaxia da mucosite oral, fundamentando-as na evidência científica.
- ✓ Sistematizar as intervenções de enfermagem com evidência científica para gestão sintomática da mucosite oral nas pessoas em tratamento de QT e RT.

1. ORIENTAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO DE MO

O verdadeiro impacto da MO continua em muito subestimado (Quinn, et al., 2012; Thomson, et al., 2015), contribuindo para isto, algum desconhecimento do grupo de risco ao qual pertence a pessoa de quem se cuida.

Uma anamnese cuidada fornece dados através dos quais se poderá deduzir o risco de MO da pessoa, para que desta forma se possa planear uma vigilância individualizada, pelo que “uma apreciação inicial, detalhada e rigorosa, possibilita a identificação de diagnósticos de enfermagem exatos e a elaboração de objetivos adequados, resultados e intervenções de enfermagem junto ao doente” (Potter, 2006, p. 87). A identificação atempada de fatores condicionantes do risco, permitirá uma intervenção prévia ao tratamento, que reduza a gravidade da MO.

Identificação dos fatores de risco inerentes à pessoa

Determinantes de risco:

- Idade – o risco aumenta nas pessoas com idades inferiores a 20 anos e superiores a 50 anos de idade (Thomson et al., 2015; Jaroneski, 2006).
- Mucosite oral prévia – aumenta o risco em episódios seguintes (Thomson et al., 2015; Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009).
- Alterações de produção de saliva – a diminuição da produção de saliva aumenta a probabilidade de cárie oral (Pinho Misorelli & Longato, 2010) e aumenta o risco de MO (Thomson, et al., 2015).
- outras comorbilidades como: DM, alterações da função renal (Raber-Durlacher et al., 2010; Jaroneski, 2006), trombocitópénia ou neutropénia (Jaroneski, 2006), doença de Addison (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009), polimorfismos genéticos (Peterson et al., 2011; Raber-Durlacher et al., 2010) são fatores de risco acrescido.

Agravantes de risco:

- Sexo – as mulheres demonstram risco acrescido em ciclos que incluem metotrexato e 5-fluoracilo (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009).
- Estado nutricional e IMC – o risco de toxicidade aumenta em pessoas com perdas ponderais superiores a 20% (Lambertz, 2010; Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009).
- Higiene oral – uma higiene oral inadequada potencia o risco de mucosite oral (Raber-Durlacher et al., 2010).

- Traumatismo – cirurgias, tratamentos dentários e MO prévia, são fatores que predis põem para mucosite oral (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009).

Identificação dos fatores de risco inerentes à doença/ tratamento oncológico

Determinantes de risco:

- tipo de terapia (Thomson et al., 2015; Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006).
- a dose (Thomson et al., 2015; Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006).
- o campo de radiação no caso da RT (Thomson et al., 2015; Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006).

Agravantes de risco:

- a via de administração (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006).
- o esquema terapêutico (Raber-Durlacher et al., 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006).
- o uso concomitante de QT e RT(Raber-Durlacher, Elad & Barasch, 2010; Sonis, 2009; Jaroneski, 2006).

Atendendo à presença destes fatores determinantes de risco na vida e tratamento da pessoa esta pode ser integrada num dos 3 grupos de risco que se apresentam no quadro N°1 (Thomson, et al., 2015; Quinn, et al., 2012).

Quadro N°1 - Classificação de grupos de risco

Risco	Critério de inclusão
Baixo	Pessoas sem história prévia de mucosite; Sob tratamentos que não envolvam risco moderado ou alto de mucosite.
Moderado	Pessoas com história prévia de MO grau II na Escala de Toxicidade Oral da OMS; As crianças e idosos; Pessoas com comorbilidades ou sob efeito de terapêuticas que diminuam a produção de saliva; As submetidas a RT paliativa na região de cabeça e pescoço; As sob tratamento com citotóxicos conhecidos por causar mucosite ²¹ .
Alto	Pessoas com MO documentada como grau III e IV ou grau II persistente ao tratamento; As submetidas a cirurgia da cavidade oral ou à região da cabeça e pescoço; As submetidas a QT: <ul style="list-style-type: none">• de alta dose prévia a TMO autólogo;• de alta dose ou intensidade reduzida prévia a TMO alogénico;• ciclos com metotrexato ou citarabina em alta dose; Pessoa submetida a RT: <ul style="list-style-type: none">• com doses totais superiores a 60 Gy, com ou sem QT associada;• curativa sob a região da cabeça e pescoço, com ou sem QT;• de intensidade modulada na região de cabeça e pescoço.

Adaptado de: Thomson et al., (2015). Mouth care guidance and support in cancer palliative care

²¹ Dá-se como exemplo capecitabina, fluoracilo, docetaxel, ciclofosfamida, esquemas que contenham antraciclina, sunitinib, e inibidores dos recetores do fator do crescimento epidérmico (Quinn, et al., 2012; Thomson, et al., 2015).

2. ORIENTAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DA CAVIDADE ORAL

A literatura científica não demonstra evidência que permita recomendar a frequência da avaliação da cavidade oral de acordo com o grupo de risco ou de acordo com o grau de MO presente, sabendo-se que esta vigilância aumenta conforme a janela de maior risco de ocorrência ou aparecimento de lesão.

Hetero avaliação – Avaliação realizada pelo profissional de saúde

A cavidade oral deve ser avaliada antes do início do tratamento por um dentista, por forma a despistar alterações pré existentes ao tratamento (McTravish, 2014; National Cancer Institute, sd).

Poderá ser adotada uma avaliação diária ou a cada dois dias no período de maior risco de ocorrência, do 4º a 7º dia pós quimioterapia, 15 a 30 Gy de radiação acumulada (Quinn et al., 2008; Raber-Durlacher et al., 2010). Quando verificada a presença de lesão (presença de MO) a avaliação deverá ser diária (Quinn et al., 2008), passando a frequências de 2 a 3 dias ou semanalmente até à sua resolução, 2 a 4 semanas pós tratamento (Quinn et al., 2008; Raber-Durlacher et al., 2010). De acordo com a literatura a avaliação deve ser progressivamente aumentada no tempo, em proporção ao aumento do risco, ou presença de lesão. Desta forma, propõe-se que em pessoas com baixo risco, a avaliação seja menos frequente (a cada dois dias), sendo aumentada progressivamente em conjunto com o aumento do risco.

De acordo com os critérios do grupo de risco e do grau da MO propomos o seguinte esquema de vigilância de avaliação da cavidade oral.

Quadro Nº 2 – Esquema de hetero avaliação da cavidade oral

Baixo risco	Avaliação 2/2 dias
Risco moderado	Avaliação diária
Risco elevado	Avaliação bi diária
Se lesão presente	Avaliação bi diária

Auto avaliação – Avaliação realizada pela pessoa ou cuidador

A pessoa em tratamento de QT ou RT deve ser instruída para observar a sua cavidade oral, 4 vezes por dia, durante o período de lesão (Quinn et al., 2008). Propõe – se que a frequência de uma auto avaliação 4 x por dia, seja mantida durante todo o tratamento.

A MO causa 3 tipos de alterações na boca e na pessoa: as físicas, indicadas por sinais visíveis à observação, as subjetivas, indicados pelos sintomas relatados pelas pessoas e as funcionais que se observam e que são desenvolvidas no Quadro 2.

Exame físico:

A avaliação deverá ser breve e confortável para a pessoa, devendo-se ter em conta as alterações subjetivas prévias ao exame físico (Quinn et al., 2008). A avaliação da dor deve ser realizada através de uma escala da dor que privilegie a auto avaliação (Quinn et al., 2008), como a Escala Numérica.

Utensílios para o exame físico:

- Fonte de luz adequada;
- Luva ou espátula não estéril.

Quadro N° 3 – Alterações da boca a observar e respetiva fundamentação

Tipo de alteração	Característica a observar	Fundamentação
Físicas	Hidratação	A desidratação da mucosa oral é frequentemente experienciada pela pessoa sujeita a quimioterapia e/ou radioterapia (Quinn et al., 2012) e observa-se pela alteração da textura e aspeto descamativo.
	Coloração das mucosas	Alterações da cor como palidez, eritema de diferentes intensidades, placas esbranquiçadas, ou alterações de coloração dos dentes podem ser um dos primeiros sinais de mucosite (Pinho et al., 2010).
	Edema	O edema é desencadeado pela hiper permeabilidade dos capilares sanguíneos (Cristina et al., 2011)
	Ulceração	Envolve a lesão penetrante do epitélio e submucosa (Sonis, 2004)
	Hemorragia	Envolve a perda de sangue motivada maioritariamente pela ulceração.
Subjetivas	Xerostomia	A sensação se secura aumenta a probabilidade de cárie oral, se a higiene for ineficaz (Pinho et al., 2010) e observa-se pela alteração da fluidez e quantidade de da saliva.
	Alteração do paladar	A alteração do paladar, disgeusia, é provocada pela alteração dos terminais gustativos (Pinho et al., 2010). A perda do paladar, ageusia, acontece na pessoa sujeita a radioterapia à cavidade oral, pela danificação das microvilosidades e superfície das papilas gustativas. A recuperação demora cerca de 2 a 4 meses (Pinho et al., 2010).
	Dor/Ardor	A dor é o mais significativo sintoma da mucosite oral (Tolentino et al., 2011). As fibras nociceptivas existentes no epitélio da mucosa são estimuladas através dos neurotransmissores libertados durante a resposta inflamatória, agravada pelo edema e ulceração originando dor (Pinho et al., 2010).
Funcionais	Voz	A rouquidão ou diminuição audível da voz podem ser sinais de esofagite (Pinho et al., 2010).
	Mastigação e deglutição	A mastigação e deglutição estão comprometidas pela presença de dor (Pinho et al., 2010).

De acordo com Quinn et al. (2012), um grupo de peritos (*UK Oral Mucositis In Cancer Group*) aconselha o uso da Escala de Toxicidade Oral desenvolvida pela OMS (WHO, 1979), apresentada no Quadro N°4. Apesar de não ter sido encontrada evidência da validação para português, esta escala é usada com base na opinião de peritos há cerca de 30 anos, distingue e valoriza alterações físicas, subjetivas e funcionais, que nos indicam a evolução da MO) o que, de acordo com a MASCC (2014) é um aspecto fundamental na avaliação (Quinn et al., 2008).

Quadro N° 4 – Escala de Toxicidade Oral da OMS

Grau	Critério
0	Sem lesão
1	Eritema, sensação de dor/ desconforto. Ausência de úlceras.
2	Eritema, úlceras e ingere sólidos.
3	Úlceras, requer dieta líquida.
4	Alimentação via oral não é possível.

Tradução em uso no serviço no serviço de Hematologia onde desempenha funções

3. ORIENTAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO PROFILÁTICA E SINTOMÁTICA NA MUCOSITE ORAL

Como anteriormente referido, são 3 os tipos de alterações a observar na cavidade oral (Quinn et al., 2008) que nos dão indicadores de evolução dentro da escala de avaliação, de acordo com os mesmos apresenta-se o seguinte quadro.

Quadro N° 5 – Intervenções relacionadas com – Alterações subjetivas da MO

Alterações Subjetivas	Escala de Toxicidade Oral da OMS	Intervenção
Xerostomia	Não incluída nos critérios de avaliação desta escala.	<p>Incentivo à ingestão hídrica via oral, sempre que possível (Quinn et al., 2012).</p> <p>Hidratação da cavidade oral e mucosas, com recurso a sprays, nebulizadores, saliva artificial, lubrificantes artificiais, gelo ou bebidas frias (Lambertz et al., 2010).</p> <p>Higiene oral frequente (com recurso à escovagem e uso de colutórios) para reduzir o risco de cáris causadas pela xerostomia. Por este mesmo motivo deve-se evitar ingestão de açúcar (Lambertz et al., 2010).</p> <p>Sugerido o uso de um protetor de mucosa e Caphosol® 4 a 10x/dia (Thomson et al., 2015).</p>
Alteração do paladar	Não incluída nos critérios de avaliação desta escala.	<p>A pessoa deverá ser incentivada a uma dieta variada.</p> <p>No caso de via oral estar comprometida, deverá ser incentivado, sempre que possível, o estímulo gustativo, quer de água quer de alimentos variados sem deglutição (Quinn et al., 2012).</p>
Dor / Ardor	A presença de dor ou ardor implica uma MO grau 1.	<p>Alteração da consistência da dieta, e o uso de gelo ou bebidas frias podem também ser eficazes no controle de estados iniciais de dor.</p> <p>Administração de analgésicos tópicos (Lambertz et al., 2010), como bochechos com soluções de morfina a 2% (MASCC/ISSO, 2014), se prescritas.</p> <p>A implementação de esquemas analgésicos deve ser sempre considerada, estando aconselhado o uso de morfina na dor associada à MO em pessoas submetidas a TMO (MASCC/ISSO, 2014) e sugerida a prescrição de fentanil transdérmico em pessoas sob quimioterapia convencional ou de alta dose (MASCC/ISSO, 2014).</p>

Quadro Nº 6 – Intervenções relacionadas com – Alterações físicas

Alterações Físicas	Escala de Toxicidade Oral da OMS	Intervenção
Hidratação	Não incluída nos critérios de avaliação desta escala.	A hidratação dos lábios com parafina ou bálsamo poderá ser eficaz, mas está contra indicada a sua utilização previamente ao tratamento de radioterapia da cabeça e pescoço. (Quinn et al., 2012). É importante a humidificação durante a oxigenoterapia (Pinho et al., 2010), do oxigénio, dos lábios e da mucosa oral. Aconselha-se uma ingestão de 2 l de líquidos diários (Pinho et al., 2010).
Coloração das mucosas	A presença de eritema implica uma MO grau 1 ou 2.	Sem intervenção conhecida
Edema	Não incluída nos critérios de avaliação desta escala.	A prática sugere o uso de bebidas frias e gelo como medidas de compensação.
Ulceração	A presença de ulceração implica uma MO grau 2 ou 3.	Zaragatoas orais para despiste de infeções locais (Thomson et al., 2015). Profilaxia infecciosa, se prescrita.
Hemorragia	Não incluída nos critérios de avaliação desta escala.	Antifibrinolíticos em solução para bochechos a cada 4 horas, 500 mg de ácido tranexâmico em 5 ml de água estéril (Quinn et al., 2012) ou ácido aminocapróico, de acordo com prescrição médica.

Quadro Nº 7 – Intervenções relacionadas com – Alterações funcionais

Alterações Funcionais	Escala de Toxicidade Oral da OMS	Intervenção
Voz	Não incluída nos critérios de avaliação desta escala.	Sem intervenção conhecida
Mastigação e Deglutição	A perda de capacidade de ingestão de sólidos implica uma evolução da MO para um grau 3 e a incapacidade de ingestão de líquidos para um grau 4.	A alteração da consistência da dieta é um mecanismo de compensação eficaz. Poderá ser assegurada a hidratação e nutrição com recurso à alimentação entérica, ou mesmo parentérica (Thomson et al., 2015). Aconselhamento nutricional.

Orientações para a higiene oral

Uma higiene oral cuidada mantém as condições necessárias para uma correta prevenção da MO (Lalla et al., 2014; Vijay, 2014; Pinho et al., 2010).

Os dispositivos de higiene escolhido devem ter em consideração a acessibilidade oral e estado de fragilidade cutânea, estando indicado:

Características dos materiais de higiene oral

- A fita /fio dentário está contra indicado em pessoas com trombocitopénia, submetidas a radioterapia na região da cabeça e pescoço ou se mucosite oral instalada (Quinn et al., 2012).
- Escova suave (Peterson et al., 2011), pediátrica, esponjas ou compressas;
- Pastas dentífricas fluoretadas ou pediátricas (Thomson et al., 2015);
- Bochechos com soluções salinas ou SF (Quinn et al., 2012); soluções orais de iodopovidona (Vijay, 2014); clorohexidina (McTravish, 2014); cloridrato de benzidamina (Lalla et al., 2014; Peterson et al., 2011), são recomendados de acordo com a tolerância da pessoa.

O uso de bochechos de clorohexidina e sucralfato, estão desaconselhados na prevenção de MO nas pessoas submetidas a RT na região da cabeça e pescoço, recomendando-se preferencialmente o uso de bochechos de benzidamina (Lalla et al., 2014).

Estão desaconselhados os bochechos ou comprimidos antimicrobianos de anfotericina B, bacitracina, cotrimoxazol ou gentamicina, assim como, bochechos com fatores de crescimento de granulócitos, bochechos orais de soluções sistémicas de pilocarpina²², pentoxifilina²³ ou misoprostol²⁴ (MASCC/ISSO, 2014).

Durabilidade dos materiais

- A durabilidade da escova numa utilização bi-diária é de cerca de 2/3 meses (DGS, 2005). Sendo que numa frequência de utilização de 5/6 vezes dia, a substituição será mensal.
- Sempre que ocorra infeção da cavidade oral a escova deverá ser substituída (Quinn et al., 2012).

²² Indicada no tratamento de xerostomia, pois aumenta a produção de saliva (Deglin & Vallerand, 2009).

²³ Redutor da viscosidade sanguínea, tem como efeito terapêutico o aumento do fluxo sanguíneo (Deglin & Vallerand, 2009).

²⁴ Medicamento antiulceroso e citoprotetor (Deglin & Vallerand, 2009).

- As esponjas deverão ter uma utilização única, não devendo permanecer na solução de limpeza/ colutório (Quinn et al., 2012).

Procedimento da escovagem

- A escovagem deverá ter a duração de dois a três minutos (DGS, 2005).
- A quantidade de pasta a usar deverá ser equivalente ao tamanho da unha do quinto dedo da mão (DGS, 2005).
- A escova deve ter uma inclinação de 45° em direção à gengiva, descrevendo movimentos circulares ou vibratórios de intensidade suave. Deverá percorrer todos os dentes em todas as suas faces, deixando a língua para o fim (DGS, 2005).
- Após a escovagem a pasta dentífrica deverá ser removida com um bochecho de água abundante (DGS, 2005).

Frequência da escovagem

- Aconselha-se no mínimo, a escovagem após todas as refeições (Quinn et al., 2012), o equivalente a 5/6 vezes por dia.

Procedimento dos bochechos

- O colutório deverá ser realizado após a escovagem com a duração de cerca de um minuto. A solução deverá ser introduzida na boca e deverá bochechar vigorosamente sem deglutir, após o qual deve ficar cerca de 30 minutos sem comer (DGS, 2005).

Próteses dentárias

- A prótese deverá ser removida após cada refeição e realizada a sua limpeza. A cavidade oral após a remoção da prótese deverá ser higienizada (Quinn et al., 2012) através da escovagem e utilização de colutórios.
- Durante a noite a prótese deverá ser removida e permanecer numa solução de limpeza. Esta deverá ser desinfetada duas a três vezes por semana (Quinn et al., 2012), sendo que a sua incorreta higienização é um factor de risco potencial de infeção.
- A utilização de próteses dentárias mal ajustadas tem um efeito traumático sobre as mucosas (Pinho et al., 2010), assim como a utilização de pastas de fixação potenciam a probabilidade de incidência de lesão da mucosa.

- Sugere-se o reajuste das próteses, se necessário, assim como a sua remoção após a alimentação, durante o período de maior risco de incidência de mucosite oral, ou presença de lesão (Pinho et al., 2010).

Na situação de dependência da pessoa

- A pessoa que manifeste incapacidade total ou parcial no seu autocuidado deverá receber auxílio na satisfação desta necessidade, quer pela criação de condições, quer pela substituição total na sua realização.
- Quando a pessoa não é capaz de realizar a sua higiene, a boca poderá ser irrigada com uma solução salina e proceder-se à sua posterior aspiração. Este procedimento poderá ser realizado com colutórios, com a implícita aspiração dos mesmos (Quinn et al., 2012).

Nutrição – Hidratação /Alimentação

A MO acarreta compromissos graves na nutrição, pelo compromisso da capacidade da pessoa se alimentar.

- Deverá ser encorajada uma dieta equilibrada (Quinn et al., 2012).
- Aconselha-se uma ingestão de 2 l de líquidos diários (Pinho et al., 2010).
- Evitar a ingestão de alimentos quentes, ácidos ou condimentados, assim como alimentos crocantes, pois são traumáticos para a mucosa, aumentando a probabilidade de traumatismo (Pinho et al., 2010; Quinn et al., 2012).
- Incentivar a vigilância do peso numa frequência diária, principalmete em pessoas com alto risco de MO (Lambertz et al., 2010).

Álcool/ Tabaco

O consumo de álcool e tabaco pelas propriedades irritantes, são um dos principais causadores de traumatismo oral (Pinho et al., 2010).

- Incentivar a interrupção do seu consumo (Lambertz et al., 2010).

Profilaxia infecciosa

A profilaxia infecciosa poderá ser instituída consoante as comorbilidades da pessoa e tratamento ao qual está sujeita. Está indicada a realização de zaragatoas orais para despiste ou diagnóstico de infeções (Quinn et al., 2012).

Antifúngicos

A instituição de antifúngicos profiláticos está indicada em pessoas sob corticoterapia de alta dose (Quinn et al., 2012).

Os antifúngicos mais frequentemente utilizados são o fluconazol, o itraconazol e o posaconazol (Quinn et al., 2012).

Antivirais

Em pessoas com baixo risco poderá ser prescrito um antiviral tópico em infecções locais (Thomson et al., 2015).

O aciclovir é o antiviral mais utilizado (Quinn et al., 2012).

Antibacterianos

A instituição de antibacterianos deve ser adequada às necessidades da pessoa.

Resume-se no Quadro Nº 9 as seguintes intervenções preventivas antes referenciadas mas relacionadas com o grupo de risco.

Quadro Nº 9 – Intervenções nos três grupos de risco de MO

Risco	Intervenção
Baixo Risco	Higiene oral (de manhã, à noite e após todas as refeições); Cessação tabágica e alcoólica; Controle da ingestão de açúcares; Pastas dentífrica com elevada concentração de flúor; Bochechos com soluções salinas no mínimo 4x dia; Aconselhamento nutricional (se ingestão nutricional inadequada); Hidratação das mucosas.
Risco moderado	às intervenções de baixo risco acrescem: Aumento da frequência de bochechos com soluções salinas; Gelo ou alimentos frios, de forma a diminuir a sensação de boca seca; Solução oral de benzidamina 0,15%, 4xdia; Caphosol [�] , a iniciar no primeiro dia de tratamento, 4 a 10 vezes dia; Sugerido o uso de um protetor de mucosa (GelClair [�]); Profilaxia infecciosa.
Alto Risco	às intervenções anteriores acrescem: Aconselhamento nutricional; ENG profilática (se trombocitopénia ou obstrução ausentes); Palifermin [�] em pessoas submetidas a TMO com ou sem TBI; Suplementos de vitamina B para pessoas com hábitos alcoólicos marcados.

Apaptado de: Thomson et al. (2015). Mouth care guidance and support in cancer palliative care

Resume-se no Quadro N° 10 as seguintes intervenções sintomáticas antes referenciadas mas relacionadas com o grupo de risco.

Quadro N° 10 – Intervenção na gestão sintomática da MO

Grau de lesão pela escala da OMS	Intervenção
Mucosite grau 1 e 2	<p>Bons cuidados de higiene oral;</p> <p>Aumento da frequência dos bochechos salinos (>4xdia);</p> <p>Monitorização cuidada do estado nutricional (peso);</p> <p>Zaragatoas orais para despiste de infeções locais;</p> <p>Apoio à cessação tabágica e alcoólica;</p> <p>Analgesia tópica prévia à alimentação;</p> <p>Bochechos com benzidamina a 0.15% (puro ou diluído, dependendo da tolerância da pessoa) numa frequência >4xdia;</p> <p>Caphosol[®] para a prevenção do agravamento das lesões (4 a 10xdia);</p> <p>Saliva artificial;</p> <p>Sugerir o uso de um protetor de mucosa (GelClair[®]);</p>
Mucosite grau 3 e 4	<p>Esquemas analgésicos, se necessário com opióides;</p> <p>Assegurar nutrição e hidratação adequadas, por via entérica ou parentérica;</p> <p>Caphosol[®], 4 a 10 x dia;</p> <p>Ponderar o uso de um protetor de mucosa (se não instituído);</p> <p>Bochechos com antifibrinolítico, se hemorragia;</p> <p>Zaragatoas orais para identificação da natureza da infeção.</p>

Apaptado de: Thomson et al. (2015). Mouth care guidance and support in cancer palliative care

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cristina, R., Santos, S., Dias, R. S., Giordani, A. J., Araújo, R., Regina, H. & Segreto, C. (2011). Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia. *Revista Escola Enfermagem USP*. 45.(6). 1338–1344. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a09.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. (Gomes, I.; Santos, J.; Silva, M.; Soares, M.; Félix, T.; Rebelo, T..Trad.). Camarate. Lusodidacta, (Basic Principles of Nursing Care, 2004, International Council of Nurses).
- Jaroneski, L. (2006). The importance of assesement rating scales of chemotherapy-induced oral mucositis. *Oncology Nursin Forum* 33(6),1085-1092 DOI:10.1188/06.ONF.1085-1093
- Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M., ... Elad, S. (2014). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 120, 1453–1461. DOI:10.1002/cncr.28592
- Lambertz, C., Gruell, J., Robenstain, V., Muller-Funaiole, V., Cummings, K. & Knapp, V. (2010). NO STOPS: reducing treatment breaks during chemorradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (5), 585-593 DOI: 10.1188/10.CJON.583-593
- McTravish, R. (2014). Cancer patients: oral mucositis prevention. *The Joanna Briggs Institute*, 1–7.
- MASCC/ISSO (2014). MASCC/ISSO clinical practice guidelines for mucositis secondary to cancer therapy. Acedido em: Junho 2015 Disponível em: www.mascc.org
- National Cancer Institute (s.d.). *Oral complications of chemotherapy and head/neck radiation for health professionals (PDQ®)*. USA. Acedido em: Agosto 2015 Disponível em:

http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-hp-pdq#section/_1

- Peterson, D. E., Bensadoun, R.-J. & Roila, F. (2011). Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 22(Supplement 6), 78–84. DOI:10.1093/annonc/mdr391
- Pinho, A., Misorelli, J., Montelli, R. & Longato, S. (2010) Mucosite no paciente em tratamento de cancer. *Science in Health*, 1 (3), 145-160
- Potter, P. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (Leal, L.; Ligeiro, I., trad.). (5ª ed.), Loures: Lusociência. (Basic Nursing: Essentials for practice, 2003, s.l. Elsevier Science) Cap. 6. 85-116.
- Quinn, B., Potting, C. M. J., Stone, R., Blijlevens, N. M. A., Flidner, M., Margulies, A., & Sharp, L. (2008). Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. *European Journal of Cancer*, 44(1), 61–72. DOI:10.1016/j.ejca.2007.09.014
- Quinn, B., Davies, M., Horn, J., Rileey, E., Treleaven, J., Houghton, D. ... Campbell, F. (2012). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*. 1-12. Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines_v3.pdf.
- Raber-Durlacher, J. E., Elad, S. & Barasch, A. (2010). Oral mucositis. *Oral Oncology*, 46(6), 452–456. DOI:10.1016/j.oraloncology.2010.03.012
- Sonis, S. T. (2004). Oral mucositis in cancer therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 2(6 Suppl 3), 3–8. Acedido em: Agosto 2015 Disponível em: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-11944271441&origin=inward&txGid=17A4C014A9903868092AB2222778E76A.Vdktg6RVtMfaQJ4pNTCQ%3a3>
- Sonis, S. T. (2009). Mucositis: the impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncology*, 45(12), 1015–1020. DOI:10.1016/j.oraloncology.2009.08.006

- Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*, 2^a Ed. (May), 1–12. Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf
- Tolentino, E., Centurion, B., Ferreira, L., Souza, A., Damante, J., ... Rubira-Bullen, I. (2011). Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literature review and suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients. *Journal of Applied Oral Science*, 19(5), 448–454. DOI:org/10.1590/S1678-77572011000500003
- Vijay, A. (2014). Chemotherapy: oral mucositis management. *The Joanna Briggs Institute*. Acedido em: Agosto 2015, Disponível em: http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.16.0b/ovidweb.cgi?&S=JKLBFP MJNDDJAAFNCKKKCJCLFPJAA00&Link+Set=S.sh.42%7c6%7csl_190.
- World Health Organization (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva (Switzerland): World Health Organization.

**APÊNDICE 4 – Análise comparativa entre as Escalas de avaliação da MO:
Critérios de Pontuação por Morbidade Aguda e a Escala de Toxicidade
Oral da OMS**

Metodologia de análise

Foi feita uma análise de conteúdo do texto em cada um dos graus de ambas as escalas, quanto às características da MO em avaliação e posteriormente comparados os níveis entre si.

Usaram-se as escalas traduzidas que o apêndice 2 do relatório apresenta e que o quadro 1 mostra.

Análise comparativa

Ao analisar as duas escalas podemos identificar que ambas incluem os critérios das alterações da mucosa a que chamam eritema, em ambas as escalas. Também estabelecem que no grau 1 apareça dor ligeira sem necessidade analgésica para a RTOG (RTOG, 2008), e desconforto para a OMS (WHO, 1979).

No grau 2 enquanto a escala da OMS (WHO, 1979) refere presença de eritema e úlceras, a escala da RTOG (RTOG, 2008) refere mucosite desigual. Esta refere possibilidade de perdas sero hemáticas o que não é contemplado na escala da OMS (WHO, 1979), que se reporta à incapacidade de ingestão alimentar, enquanto que a escala da RTOG foca a dor moderada já necessita de analgésicos, como critério.

No grau 3 a escala da OMS (WHO, 1979) pressupõe um aumento da extensão da lesão que e impossibilita a ingestão de sólidos, enquanto que a escala da RTOG (RTOG, 2008) fala da presença de tecido fibrinóide acompanhado de dor que pode ser tão severa que necessita de analgesia com opióides.

Em ambas é referido no grau 4 uma mucosite extensa, com impossibilidade da alimentação por via oral (WHO, 1979) e com ulceração, hemorragia e necrose (RTOG, 2008).

A escala da OMS (WHO, 1979) orienta-se pela progressão de alterações físicas, como o eritema e úlceras e as implicações funcionais na capacidade de ingestão de alimentos e subjetivas como a dor e desconforto. Já a escala da RTOG (RTOG, 2008) orienta-se por alterações físicas, especificando o tipo morfológico das lesões da mucosa (eritema e ulceração, com ou sem hemorragia) e as implicações subjetivas da dor e respetiva necessidade analgésica.

Concluo, da análise comparativa de ambas as escalas, que nenhum item contido numa invalida a mesma avaliação na outra. Embora avaliem características diferentes, as semelhanças permitem fazer um paralelismo entre elas.

Quadro Nº1 – Escala de toxicidade oral da OMS e Critérios de Pontuação de Morbidade Aguda por Radiação da RTOG

Nome Grau	Escala de Toxicidade Oral da OMS	Escala RTOG Critérios de pontuação de morbilidade aguda por radiação	Análise comparativa
0	Sem lesão.	Alterações da mucosa ausente.	Ambas as escalas consideram a ausência de lesão.
1	Eritema sensação de dor desconforto.	Eritema, dor ligeira, sem necessidade analgésica.	Considero a existência de grande semelhança entre a avaliação do grau 1 em ambas as escalas.
2	Eritema, úlceras, ingere sólidos.	Mucosite desigual pode ocasionar perdas serohemáticas, dor moderada com necessidade de analgesia.	Existem critérios diferentes na classificação do grau 2. A primeira descreve as características físicas como eritema e úlceras e a segunda mucosite desigual e perdas serohemáticas ocasionais, sendo a única semelhança a referência às características físicas da mucosa. A primeira refere como critério a ingestão de alimentos, como alteração funcional enquanto na segunda não se identifica alterações funcionais. Na segunda estão presentes critérios respeitantes a alterações subjetivas como a dor e referência à necessidade analgésica, estando ausentes na primeira
3	Úlceras, requer dieta líquida.	Tecido fibrinóide, pode incluir dor severa e requer analgesia com narcóticos.	Não se encontram semelhanças nos critérios de classificação do grau 3 das escalas.
4	Alimentação por via oral não é possível.	Ulceração, hemorragia, ou necrose.	Nos critérios de classificação do grau 4 as semelhanças residem no critério mucosite extensa que inclui a ulceração hemorragia e necrose

Referências Bibliográficas

- Radiation Therapy Oncology Group. (2008). Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria. Acedido em: Agosto 2015 Disponível em: <https://www.rtog.org/researchassociates/adverseeventreporting/acuteradiationmorbidityscoringcriteria.aspx>
- Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group, 2ª Ed.* (May), 1–12. Acedido em: Agosto 2015 Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf
- World Health Organization (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva: World Health Organization.

**APÊNDICE 5 – Instrumento de colheita de dados para a avaliação da
pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento de cancro**

Instrumento de colheita de dados para a avaliação da pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento de cancro

Dados de identificação pessoal	Nº observação					
	Nome					
	Idade					
	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Antecedentes de saúde	Antecedentes pessoais (descritivo)					
	Hábitos alcoólicos	<input type="checkbox"/> Não – <input type="checkbox"/> Sim Tipo de bebida: _____ Quantidade diária _____ Frequência/semanal: _____				
	Hábitos tabágicos	<input type="checkbox"/> Nunca foi fumador <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Foi fumador até _____ Nº de cigarros/dia _____				
	Prótese dentária	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Móvel <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior Nº de dentes obturados: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> >2 Tipo de obturação: Chumbo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
	Saneamento dentário prévio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nesta instituição <input type="checkbox"/> Dentista/Estomatologista privado				
	Hábitos de higiene oral	Nº de escovagens/dia: <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> >4xdia Uso de elixir: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Uso de fita/fio dentário: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Antecedentes da doença oncológica	Diagnóstico					
	História de mucosite oral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Grau de mucosite oral ocorrido <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> (Escala de Toxicidade oral OMS): Persistente a tratamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	1	2	3	4
	1	2	3	4		
	Realizou cirurgia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <u>Localização:</u> Cabeça e pescoço: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Outra localização: _____				
	Realização de QT	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data de início _____ Data do fim _____ Ciclo / Fármaco (s): _____ Dose _____ Via de administração _____				
Realização de RT	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data de início _____ Data do fim _____ <u>Localização:</u> Cabeça e pescoço: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Dose total: _____ Nº de sessões previstas: _____					
Avaliação do risco de MO da Pessoa						
<input type="checkbox"/> Baixo risco <input type="checkbox"/> Risco moderado <input type="checkbox"/> Alto risco						

Avaliação do padrão das NHF				
		Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__
	Tratamento de RT até à data	Dose realizada: ____ Nº de sessões: ____	Dose realizada: ____ Nº de sessões: ____	Dose realizada: ____ Nº de sessões: ____
Avaliação da Higiene	Cuidados de higiene oral	Nº de escovagens/dia <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> >4xdia	Nº de escovagens/dia <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> >4xdia	Nº de escovagens/dia <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> >4xdia
		Tipo de escova <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Manual <div style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Dura <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Macia</div> <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____	Tipo de escova <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Manual <div style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Dura <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Macia</div> <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____	Tipo de escova <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Manual <div style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Dura <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Macia</div> <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____
		Pasta dentífrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____	Pasta dentífrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____	Pasta dentífrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____
	Utilização de Colutório ou elixir	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim SF: <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Cloridrato de benzidamina</u> (Tantum®): <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Clorohexidina</u> (Oralex®): <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Outro:</u> _____ <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim SF: <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Cloridrato de benzidamina</u> (Tantum®): <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Clorohexidina</u> (Oralex®): <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Outro:</u> _____ <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim SF: <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Cloridrato de benzidamina</u> (Tantum®): <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Clorohexidina</u> (Oralex®): <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Outro:</u> _____ <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia

Terapêutica oral tópic		Bochechos	<u>B. compostos:</u> <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Caphosol:</u> <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Outro:</u> _____ <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia	<u>B. compostos:</u> <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Caphosol:</u> <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Outro:</u> _____ <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia	<u>B. compostos:</u> <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Caphosol:</u> <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia <u>Outro:</u> _____ <input type="checkbox"/> <2xdia <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> 4-6xdia <input type="checkbox"/> >6xdia										
		Nistatina	<input type="checkbox"/> Não – <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> <2xdia - <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> >4xdia	<input type="checkbox"/> Não – <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> <2xdia - <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> >4xdia	<input type="checkbox"/> Não – <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> <2xdia - <input type="checkbox"/> 2-4xdia <input type="checkbox"/> >4xdia										
Alterações da cavidade oral		Físicas	Alteração da coloração	<input type="checkbox"/> mucosa _____ <input type="checkbox"/> gengivas _____ <input type="checkbox"/> dentes _____	<input type="checkbox"/> mucosa _____ <input type="checkbox"/> gengivas _____ <input type="checkbox"/> dentes _____	<input type="checkbox"/> mucosa _____ <input type="checkbox"/> gengivas _____ <input type="checkbox"/> dentes _____									
			Alteração da Hidratação	<input type="checkbox"/> Lábios <input type="checkbox"/> Mucosas Internas	<input type="checkbox"/> Lábios <input type="checkbox"/> Mucosas Internas	<input type="checkbox"/> Lábios <input type="checkbox"/> Mucosas Internas									
			Edema	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
			Ulceração	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local _____									
			Hemorragia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
		Funcionais	Alteração da Mastigação	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
			Alteração da Deglutição	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
			Alteração da Voz	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
		Subjetivas	Xerostomia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
			Paladar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
			Dor	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Intensidade _____ Escala _____ Localização _____ Tipo _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Intensidade _____ Escala _____ Localização _____ Tipo _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Intensidade _____ Escala _____ Localização _____ Tipo _____									
		Analgesia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ Via _____ SOS /dia _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ Via _____ SOS /dia _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ Via _____ SOS /dia _____										
		Grau de MO	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2
1	2	3	4												
1	2	3	4												
1	2	3	4												
Acessibilidade oral	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Com alteração <input type="checkbox"/> Trismus <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Com alteração <input type="checkbox"/> Trismus <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Com alteração <input type="checkbox"/> Trismus <input type="checkbox"/> Dor												

Avaliação nutricional	IMC	Peso _____ kg Altura _____ m IMC _____ % perda de peso _____	Peso _____ kg Altura _____ m IMC _____ % perda de peso _____	Peso _____ kg Altura _____ m IMC _____ % perda de peso _____
	Ingestão hídrica	Volume/dia: <input type="checkbox"/> <0,5l <input type="checkbox"/> 0,5l-1,5 <input type="checkbox"/> >1,5l	Volume/dia: <input type="checkbox"/> <0,5l <input type="checkbox"/> 0,5l-1,5 <input type="checkbox"/> >1,5l	Volume/dia: <input type="checkbox"/> <0,5l <input type="checkbox"/> 0,5l-1,5 <input type="checkbox"/> >1,5l
	Ingestão de alimentos	<u>Anorexia:</u> <input type="checkbox"/> Não – <input type="checkbox"/> Sim <u>Tipo de dieta</u> _____ <u>Via pela qual se alimenta:</u> <input type="checkbox"/> Via oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> AP <u>Frequência de ingestão de alimentos:</u> <input type="checkbox"/> <4xdia <input type="checkbox"/> 4 - 6xdia <input type="checkbox"/> +6xdia	<u>Anorexia:</u> <input type="checkbox"/> Não – <input type="checkbox"/> Sim <u>Tipo de dieta</u> _____ <u>Via pela qual se alimenta:</u> <input type="checkbox"/> Via oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> AP <u>Frequência de ingestão de alimentos:</u> <input type="checkbox"/> <4xdia <input type="checkbox"/> 4 - 6xdia <input type="checkbox"/> +6xdia	<u>Anorexia:</u> <input type="checkbox"/> Não – <input type="checkbox"/> Sim <u>Tipo de dieta</u> _____ <u>Via pela qual se alimenta:</u> <input type="checkbox"/> Via oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> AP <u>Frequência de ingestão de alimentos:</u> <input type="checkbox"/> <4xdia <input type="checkbox"/> 4 - 6xdia <input type="checkbox"/> +6xdia
	Grau de dependência	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Ajuda total Causa da dependência: _____ _____	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Ajuda total Causa da dependência: _____ _____	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Ajuda total Causa da dependência: _____ _____

Assinatura:

**APÊNDICE 6 – Checklist do programa de educação para a pessoa com
risco ou MO secundária ao tratamento do cancro**

CHECKLIST DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A PESSOA COM RISCO OU MO SECUNDÁRIA AO TRATAMENTO DO CANCRO

Temas abordados

- ☐ O que é a MO

Vigilância da boca

- ☐ Porque é necessária
- ☐ Auto avaliação
- ☐ Alterações a observar
- ☐ Frequência

Higiene oral

- ☐ Porque é necessária
- ☐ Escovagem
- ☐ Bochechos

Material

- ☐ Tipo
- ☐ Duração
- ☐ Procedimento
- ☐ Frequência

Risco traumático

- ☐ Do tabaco
- ☐ Do álcool
- ☐ Das próteses dentárias
- ☐ Na higiene
- ☐ Dos alimentos

Nutrição

- ☐ Hidratação
- ☐ Alimentação
- ☐ Vigilância do peso

APÊNDICE 7 – Questionário de opinião

Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área Específica de Enfermagem Oncológica, que decorre sob a tutela da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde estou a desenvolver um projeto sobre a “Intervenção do enfermeiro na pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento do cancro”. Neste contexto preciso conhecer a sua opinião sobre a sua intervenção quanto à avaliação do risco da pessoa e da mucosite oral e como faz a gestão desse risco e de MO instalada.

Solicito por isso a sua colaboração para o preenchimento do questionário que se segue, expressando livremente a sua opinião sobre a qual garanto o anonimato e a confidencialidade.

As informações serão tratadas para serem publicadas no relatório final do mestrado, pelo que lhe peço que caso autorize, assine o consentimento informado fornecido em separado.

Não deixe de responder a nenhuma questão.

Se necessário utilize o verso da folha para completar a sua resposta.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Liliana Girão

Dados Sociodemográficos
<p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Idade: _____</p>
<p>Número de anos de experiência profissional: _____</p> <p>Número de anos de experiência profissional em Hematologia: _____</p> <p>Grau Acadêmico: _____</p>

Considerando a premissa:

Um dos efeitos adversos da quimioterapia é a mucosite oral.

Atendendo à sua prática diga:

1 – O que avalia?

2 – Quando avalia?

--

3 – Como avalia (procedimento)?

--

4 – Enumere as intervenções que conhece dirigidas à profilaxia da mucosite oral.

--

5 – Que intervenções dirigidas à pessoa com mucosite oral instalada considera serem adequadas?

--

Consentimento informado

Eu, _____ enfermeiro (a) com o número de cédula profissional _____, venho por este meio autorizar a divulgação dos dados colhidos no questionário em anexo que decorre no âmbito do projeto sobre “Intervenção do enfermeiro na pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento do cancro”.

Assinatura:

Data

____/____/____

APÊNDICE 8 – Tratamento e apresentação dos dados dos questionários

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Caracterização da amostra

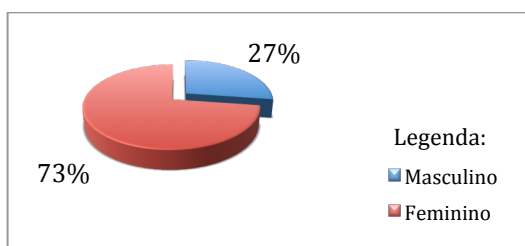
Género

De acordo com o Quadro N°1 e Gráfico N° 1 constata-se que a maior parte da amostra, 73%, pertence ao sexo feminino.

Quadro N° 1 – Caracterização dos enfermeiros por sexo

Género	Número	Taxa
Masculino	5	22%
Feminino	17	73%
Total de enfermeiros	22	100%

Gráfico N° 1 – Caracterização dos enfermeiros por sexo



Idade

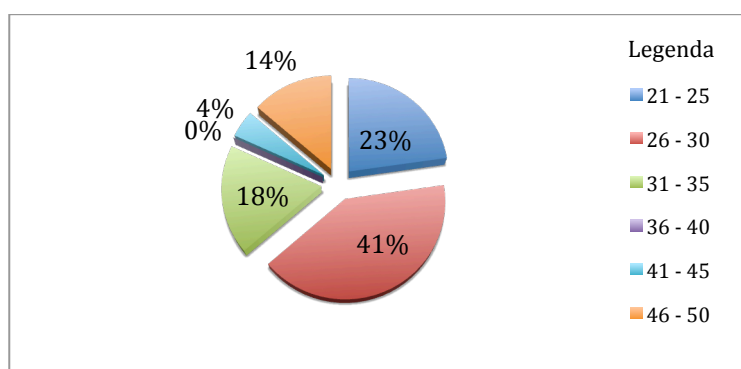
Foram definidos posteriormente à colheita, por forma a facilitar a representação gráfica, seis grupos etários para classificar os participantes, a saber: 21 - 25; 26 - 30; 31 - 35; 36 - 40; 41 - 45; 46 - 50.

De acordo com o Quadro N° 2 e Gráfico N° 2 pode observar-se que a maior percentagem da amostra, 41%, situa-se na faixa etária compreendida entre os 26 e os 30 anos, e 23% situa-se na faixa etária dos 21 aos 25, o que significa que 64% da equipa de enfermagem tem \leq de 30 anos.

Quadro Nº 2 – Caracterização da amostra por intervalos idade.

Grupo etário	Número	Taxa
21 - 25 anos	5	23%
26 - 30	9	41%
31 - 35	4	18%
36 - 40	0	0%
41 - 45	1	4%
46 - 50	3	14%
Total	22	100%

Gráfico Nº 2 – Caracterização da amostra por intervalos de idades.



Experiência profissional e experiência em Hematologia

Foi feita uma análise das competências a partir do número de anos de experiência profissional dos enfermeiros distribuindo-os por classes de acordo com as competências descritas por Benner (2001). Foram assim definidos quatro intervalos: < 1 ano de experiência é iniciada; entre 1 e < 2 anos, é iniciada avançada; entre 2 e 3 anos, é competente; entre os 4 e 5 anos, é proficiente; com > 5 anos de experiência profissional, é perita.

De acordo com os Quadros Nº 3 e Nº 4 verifica-se que mais de metade dos enfermeiros, 59%, têm mais de 5 anos de experiência profissional, sendo que 41% destes enfermeiros têm essa experiência já no serviço de Hematologia, podendo de acordo com Benner (2001), ser considerados peritos. A equipa de enfermagem tem 14% dos enfermeiros proficientes, isto é, têm entre 4 - 5 anos de experiência profissional, e embora tenha 4,5% de enfermeiros com 2 - 3 anos de experiência profissional, nenhuma dessa experiência foi obtida no serviço de Hematologia, pelo que a equipa não tem enfermeiros na categoria de competente. A equipa tem 9% de enfermeiros iniciados avançados com experiência no serviço de Hematologia e embora 18% da equipa tenha menos de um ano de experiência profissional, 36% tem menos de um ano de experiência profissional em Hematologia, podendo ser considerados iniciados.

Quadro Nº 3 – Distribuição dos enfermeiros por anos de experiência profissional

Experiência profissional	Número	Taxa
< 1	4	18%
1 – < 2	1	4,5%
2 – 3	1	4,5%
4 – 5	3	14%
>5	13	59%
Total de enfermeiros	22	100%

Quadro Nº 4 - Distribuição dos enfermeiros por anos de experiência profissional em hematologia

Experiência profissional em hematologia	Número	Taxa
< 1	8	36%
1 – <2	2	9%
2 – 3	0	0%
4 – 5	3	14%
>5	9	41%
Total de enfermeiros	22	100%

Grau Académico

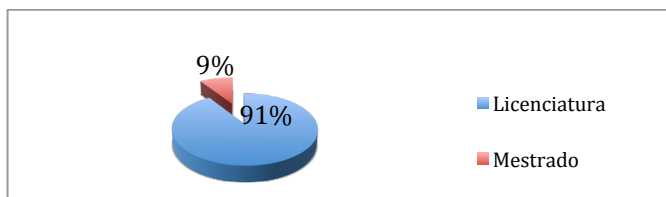
Foram tidas como habilitações literárias apenas as formações concluídas.

De acordo com o Quadro Nº 5 e Gráfico Nº 3 observa-se que a amostra é maioritariamente licenciada, 91%, tendo 2 elementos (9%) com formação de 2º ciclo.

Quadro Nº 5 – Caracterização da amostra por grau académico.

Grau académico	Número	Taxa
Licenciado	20	91%
Mestre	2	9%
Total	22	100%

Gráfico Nº 3 – Caracterização da amostra por grau académico.



DADOS DAS QUESTÕES ABERTAS

Caracterização da prática

Em seguida apresenta-se o tratamento dos dados das questões abertas referentes às perguntas números 1, 2, 3, 4 e 5 do questionário. De todas as questões foram retiradas as palavras, expressões ou frases e colocadas em quadros (Nº 6, 8, 10, 12, 14) que as distribuem pelos questionários onde estão presentes. Estas unidades de registo foram depois categorizadas (Quadros Nº 7, 9, 11, 13, 15) por temas (significação que a unidade de registo tinha em comum com as restantes unidades da categoria a que pertence) para permitir encontrar as respostas às questões e poder caracterizar-se a prática da equipa de enfermagem de tal modo que seja possível conhecer, tanto a boa prática realizada, como a que necessita de ser melhorada. Para a categorização da questão 1, foi usada uma grelha fechada, composta por categorias, subcategorias e critérios de inclusão obtidos com os indicadores da pesquisa bibliográfica feita aos quais se fizeram corresponder as unidades de registo de acordo com o Quadro Nº 7. Procedeu-se do mesmo modo nas questões 3, 4, 5. Para a categorização da questão 2 foi usada uma grelha aberta.

Questão 1: o que avalia?

Depois de identificadas as unidades de registo em cada questionário conforme se observa no Quadro Nº 6, essas unidades de registo foram integradas em categorias fechadas que partilhavam o mesmo significado e cuja classificação se apresenta no Quadro Nº 7.

No Quadro Nº 7 observa-se que é a categoria de avaliação da cavidade oral tem 89,70% de unidades de registo referidas pelos enfermeiros, contribuindo para esta percentagem, a subcategoria alterações físicas, com 66,20%, sobretudo devido às unidades de registo de características da mucosa oral e da integridade da mucosa, que foram referenciadas por mais de 50% dos enfermeiros (Quadro Nº 6). Segue-se a subcategoria alterações subjetivas, com 17,60%, sendo as unidades de registo de avaliação da dor desta subcategoria as responsáveis por 14,08% das referências identificadas. A subcategoria alterações funcionais demonstra ser menos referida na avaliação, só com 5,80% de unidades de registo. A avaliação do risco de MO teve só 10,30% de unidades de registo referidas espontaneamente pelos enfermeiros.

Quadro Nº 6 – Distribuição das unidades de registo relativas à questão 1: o que avalia? Por questionário

O QUE AVALIA ?	QUESTIONÁRIO																						Totais
Unidades de registo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	
Características da mucosa oral	S			S	S		S	S	S	S	S	S	S	S		S			S	S	S	S	16
Integridade da mucosa	S	S			S		S	S	S			S	S	S		S			S	S			12
Alteração da cor	S				S		S	S					S	S					S	S			8
Edema	S							S															2
Sensibilidade aumentada	S							S															2
Dor	S				S			S	S			S	S	S					S				8
Disfagia	S						S	S				S											4
Hábitos de higiene oral	S	S								S													3
Queixas relacionadas com a MO																					S	S	2
Relação entre a QT e as alterações observadas			S				S		S														3
Hábitos tabagicos						S																	1
Tipo de lesão					S													S					2
Grau de MO			S			S									S		S	S					5
Totais	8	2	2	1	5	2	5	7	4	2	1	4	4	4	1	2	1	2	4	3	2	2	68

Legenda: S - sim

Quadro Nº 7 – Categorização das unidades de registo da questão 1: o que avalia?

O que avalia?	Categorias	Subcategoria	Critério de inclusão	Unidade de registo	Total	Taxa
	Avaliação do risco de MO	Fatores inerentes à pessoa	Idade	Hábitos de higiene oral	3	10,30%
			Estado nutricional			
			Higienet oral			
		Alteração de produção de saliva	Hábitos tabagicos	1		
		Fatores inerentes à patologia	Tipo de terapia	Relação entre a QT e as alterações observadas	3	
	Via de administração (QT)		Queixas relacionadas com a MO	2		
	Avaliação da cavidade oral	Alterações subjetivas	Local de administração (RT)			
			Dose (QT/RT)			
			Xerostomia	Sensibilidade aumentada	2	17,60%
			Alteração do paladar			
			Hipersensibilidade			
		Alterações funcionais	Ardor			
			Dor	Dor	8	
			Rouquidão	Disfagia	4	5,90%
Disfagia						
Dificuldade na mastigação						
Alterações físicas	Hidratação	Alteração da cor	8	66,20%		
	Coloração		2			
	Edema					
	Ulceração	Integridade da mucosa	12			
	Hemorragia					
		Grau de MO	5			
		Caraterísticas da mucosa oral	16			
	Tipo de lesão	2				
Total					68	100%

Questão 2: quando avalia?

As respostas à questão 2 presentes no Quadro Nº 8 foram integradas em categorias abertas que partilhavam o mesmo significado e cuja classificação se apresenta no Quadro Nº 9. Há 4 critérios usados pela equipa de enfermagem para determinar a necessidade de avaliação da cavidade oral, a saber: o dia de internamento do doente (se início, se durante); o período diário de trabalho (referencial é o turno); o dia do ciclo de tratamento; a sintomatologia do doente.

Não se enquadram nos critérios predefinidos de avaliação das mesmas (Início – prévio ao tratamento, Fim – após a resolução da sintomatologia, Frequência – de 2/2 dias, diária, bi diária). Pelo que se constrói uma grelha aberta de avaliação, criando categorias pelas

características das respostas encontradas. Salienta-se a formação das seguintes categorias: aqueles que utilizam como referência às “fases” do ciclo de quimioterapia, os diferentes momentos do internamento, o horário de divisão de trabalho (turnos: manhã, tarde, noite) e ainda a manifestação sintomática referida pela pessoa doente.

A categoria fases do ciclo de quimioterapia é a mais valorizada pelos enfermeiros, com 42% das unidades de registo identificadas. Segue-se a divisão de trabalho por turnos com 24% das unidades de registo. As restantes categorias apesentam valores de alusão de unidades de registo inferiores a 25%.

Quadro Nº 8 – Recolha de unidades de registo relativas à questão 2: quando avalia?

QUANDO AVALIA?	QUESTIONÁRIO																						Totais
Unidades de registo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	
No início do internamento	S														S		S				S	S	5
Durante o internamento		S	S			S																	3
Todos os turnos				S	S				S	S											S		5
Nos turnos da M e T			S																				1
2 X turno												S							S				2
Diariamente																		S					1
Aplasia	S									S	S	S			S				S		S		7
Após iniciar QT		S	S							S	S				S								5
Antes do início da QT			S																				1
Ao longo do ciclo de QT	S				S	S				S	S				S	S					S		8
Sempre que as queixas se justifiquem			S		S		S	S		S			S	S							S		8
Na altura dos ensinos de prevenção							S																1
Totais	3	2	5	1	2	2	3	1	1	2	3	4	2	1	2	3	1	1	1	1	3	3	47

Legenda: S - sim

Quadro Nº 9 – Categorização das unidades de registo da questão 2: quando avalia?

	Categoria	Critério de inclusão	Unidade de registo	Total	Taxa
Quando avalia?	Internamento	Diferentes momentos internamento	No início do internamento	5	17%
			Durante o internamento	3	
	Turno	Diferentes o turnos	Todos os turnos	5	19,10%
			Nos turnos da M e T	1	
			2 X turno	2	
			Diariamente	1	
	Ciclo de QT	Diferentes diferentes fases do ciclo de QT	Antes do início da QT	1	44,70%
			Após iniciar QT	5	
			Ao longo do ciclo de QT	8	
			Aplasia	7	
	Sempre que as queixas o justifiquem	Queixas verbalizadas pela pessoa	Sempre que as queixas se justifiquem	8	17%
	Na altura dos ensinos de prevenção à MO	Ensinos de profilaxia da MO	Na altura dos ensinos de prevenção	1	2,10%
Total				47	100%

Questão 3: como avalia?

Para a categorização da questão 3, foi usada uma grelha fechada, composta por categorias e critérios de inclusão, aos quais se fizeram corresponder as unidades de registo de acordo com o Quadro Nº 10.

Depois de identificadas as unidades de registo em cada questionário conforme se observa no Quadro N° 10, essas unidades de registo foram integradas em categorias fechadas que partilhavam o mesmo significado e cuja classificação se apresenta no Quadro N° 11.

Observa-se a identificação de quatro categorias sendo as mais valorizadas a hetero avaliação, com 42,5% das unidades de registo identificadas, seguindo-se a auto avaliação com 32,5% das unidades de registo identificadas. As restantes categorias classificação da MO e classificação da dor não atingem valores superiores a 25%.

Quadro N° 10 – Recolha de unidades de registo relativas à questão 3: como avalia (procedimento)?

COMO AVALIA?	QUESTIONÁRIO																						Totais
Unidades de registo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	
Observação direta	S	S	S	S	S	S		S		S	S	S		S			S	S	S	S	S	S	17
Através das queixas verbalizadas pelo doente	S			S	S	S	S			S		S					S	S	S	S	S	S	13
Escala numérica															S								1
Aplicando a escala	S		S					S	S	S	S	S	S			S							9
Totais	3	1	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	40

Legenda: S - sim

Quadro N° 11 – Categorização das unidades de registo da questão 3: como avalia?

	Unidades de registo	Critério de inclusão	Categoria	Total	Taxa
Como avalia?	Queixas verbalizadas pelo doente	Observação realizada pela pessoa	Auto avaliação	13	32,50%
	Observação direta	Observação realizada pelo profissional	Hetero avaliação	17	42,50%
	Aplicando uma escala	Escalas de avaliação da MO	Classificação da MO	9	22,50%
	Escala numérica	Escalas de avaliação da dor	Classificação da dor	1	2,50%
Total				40	100%

Questão 4: Enumere as intervenções que conhece dirigidas à profilaxia da mucosite oral.

Para a categorização da questão, foi usada uma grelha fechada, composta por categorias subcategorias e critérios de inclusão, obtida com os indicadores da pesquisa bibliográfica feita, aos quais se fizeram corresponder as unidades de registo de acordo com o Quadro N° 12.

Depois de identificadas as unidades de registo em cada questionário conforme se observa no Quadro N° 12, essas unidades de registo foram integradas em categorias fechadas que partilhavam o mesmo significado e cuja classificação se apresenta no Quadro N° 13.

Observa-se a identificação de 8 categorias sendo as mais valorizadas, os bochechos com 42,3% das unidades de registo identificadas, seguindo-se a higiene e a prevenção traumática, com 23,7% das unidades de registo. O saneamento dentário, a avaliação do risco

de MO, a vigilância da cavidade oral, a terapêutica profilática e a nutrição, não atingem valores com significância, nunca ultrapassando os 5%.

Dentro da categoria bochechos, a subcategoria bochechos compostos ocupam grande parte das referências, conjuntamente com a sub categoria frequência.

Na categoria prevenção traumática, a sub categoria alimentação ocupa quase a totalidade das unidades de registo.

Quadro N° 12 – Recolha de unidades de registo relativas à questão 4: Enumere as intervenções que conhece dirigidas à profilaxia da mucosite oral.

INTERVENÇÕES NA PROFILAXIA DA MO:	QUESTIONÁRIO																						Totais
Unidades de registo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	
Higiene oral	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	21
Higiene com esponja, escova suave, várias vezes ao dia						S																	1
Prevenção traumática																				S			1
Cuidados com a alimentação para evitar lesões		S	S		S	S	S				S	S					S	S					9
Evitar álcool e tabaco						S												S	S				1
Ajustar dieta quando necessário					S							S											2
Evitar alimentos ácidos			S			S					S												3
Evitar alimentos duros					S														S				2
Evitar alimentos amargos, especiarias																			S				1
Evitar alimentos quentes			S			S													S				3
Ensino sobre a alimentação (cuidados ao doente neutropénico)							S																1
Bochechos após a higiene			S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S		S	S	S	S			S	S	17
Bochechos 4 X dia										S													1
Bochechos compostos			S	S	S	S	S		S		S	S	S		S	S	S	S			S	S	15
Clorhexidina						S		S															2
Nistatina											S				S	S					S	S	5
Caphosol											S												1
Nutrição							S																1
Determinar o risco de MO							S																1
Terapêutica profilática											S	S											2
Avaliação da mucosa oral					S										S								2
Auto avaliação da cavidade oral																				S			1
Totais	1	2	6	3	7	9	6	4	3	3	8	6	3	1	5	4	3	3	5	3	4	4	93

Legenda: S - sim

Quadro N° 13 – Recolha de unidades de registo relativas à questão 4: Categorização das unidades de registo da questão 4: Enumere as intervenções que conhece dirigidas à profilaxia da mucosite oral.

	Categoria	Subcategoria	Critério de inclusão	Unidade de registo	Total	Taxa
Intervenções na profilaxia da MO	Saneamento dentário		Saneamento dentário	Saneamento dentário	1	1%
	Avaliação do risco de MO		Determinar Risco de MO	Determinar Risco de MO	1	1%
	Vigilância da cavidade oral	Auto avaliação	Auto avaliação da cavidade oral	Auto avaliação da cavidade oral	1	3,10%
		Hetero avaliação	Avaliação da mucosa	Avaliação da mucosa	2	
	Higiene oral	Materiais de higiene oral	Materiais de higiene oral	Higiene oral	21	
		Frequência da higiene oral	Frequência da higiene oral	Escova suave	1	23,70%
				Frequência - várias x ao dia	1	
	Bochechos	Tipo de bochechos	Bochechos	Bochechos compostos	15	
				Clorhexidina	2	
				Caphosol	1	42,30%
				Nistatina	5	
				Bochechos 4 x dia	1	
				Bochechos após a higiene	17	
	Prevenção traumática	Hábitos tabágicos	Hábitos tabágicos	Prevenção traumática	1	
		Hábitos alcoólicos	Hábitos alcoólicos	Tabaco	1	
		Proteses dentárias	Proteses dentárias	Alcool	1	
		Higiene	Higiene			
		Alimentação		Alimentação	9	
			Alimentos quentes	Alimentos quentes	3	23,70%
			Alimentos ácidos	Alimentos ácidos	3	
			Alimentos duros	Alimentos duros	2	
			Alimentos condimentados	Alimentos condimentados	1	
			Alimentos amargos	Alimentos amargos	1	
			Alimentação neutropénica	Alimentação neutropénica	1	
	Terapêutica profilática		Terapêutica profilática	Terapêutica profilática	2	2,1
	Nutrição		Nutrição	Ajustar dieta quando necessário	2	3,10%
				Nutrição	1	
Total					97	100%

Questão 5: Que intervenções dirigidas à pessoa com mucosite oral instalada considera serem adequadas?

Para a categorização da questão, foi usada uma grelha fechada, composta por categorias subcategorias e critérios de inclusão, obtida com os indicadores da pesquisa bibliográfica feita aos quais se fizeram corresponder as unidades de registo de acordo com o Quadro N° 14.

Depois de identificadas as unidades de registo em cada questionário conforme se observa no Quadro N° 14, essas unidades de registo foram integradas em categorias fechadas que partilhavam o mesmo significado e cuja classificação se apresenta no Quadro N° 15.

Observa-se a identificação de 10 categorias sendo as mais valorizadas, bochechos com 29% das unidades de registo identificadas. A prevenção traumática com 26,4% das unidades de registo, em que a adequação da dieta preenche a sua quase totalidade. As restantes categorias representam valores inferiores a 25% das referenciações.

Quadro N° 14 – Recolha de unidades de registo relativas à questão 5: Que intervenções dirigidas à pessoa com mucosite oral instalada considera serem adequadas?

INTERVENÇÕES NA MO INSTALADA	QUESTIONÁRIO																						Totais
Unidades de registo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	
Prevenir o traumatismo oral																				S			1
Remoção de próteses mal adaptadas										S													1
Adequar dieta					S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S		S		S	S	16
Alimentos ácidos										S						S			S				3
Alimentos duros										S									S				2
Alimentos quentes										S									S				2
Estratégias não farmacológicas			S			S		S		S			S										5
Gelo	S							S				S											3
Água fria													S										1
Analgesia tópica/TV	S																						1
Bochechos de lidocaina			S			S				S			S										4
Analgesia prescrita			S											S	S				S		S	S	6
Higiene oral	S	S	S	S	S	S		S	S		S	S	S	S	S	S	S		S	S			17
Adequar material de higiene						S					S		S	S									4
Higiene oral 3/4 X dia											S												1
Bochechos	S			S		S	S	S			S		S	S	S	S	S			S	S		13
Bochechos compostos	S			S		S	S				S		S	S	S	S	S			S	S		12
Nistatina											S		S	S	S						S		5
Caphosol											S			S									2
Avaliar a evolução da MO															S		S						2
Encaminhar ao médico																	S						1
Encaminhar ao nutricionista										S													1
Incentivar a expressão de sentimentos							S																1
Estratégias de facilitação de comunicação																				S			1
Tratamento de infeções oportunistas		S																					1
Saliva artificial					S																		1
Estado nutricional																				S			1
Auto avaliação																				S			1
Tratamento da lesão																		S					1
Totais	5	2	4	3	3	7	4	5	2	8	8	3	9	8	7	4	7	1	6	6	6	2	110

Legenda: S - sim

Quadro N° 15 – Categorização das unidades de registo da questão 5: Que intervenções dirigidas à pessoa com mucosite oral instalada considera serem adequadas?

	Categoria	Subcategoria	Crítério de inclusão	Unidade de registo	Total	Taxa
Intervenções na MO Instalada	Avaliar a evolução da MO	Auto avaliação Hetero avaliação	Vigilância da cavidade oral Auto avaliação Hetero avaliação	Avaliar a evolução da MO Auto avaliação da cavidade oral	2 1	2.7%
	Higiene oral	Materiais de higiene oral Frequência - Higiene oral 3/4 X dia	Higiene oral Materiais de higiene oral Frequência da higiene oral	Higiene oral Frequência - Higiene oral 3/4 X dia	17 1	16.4%
	Bochechos	Tipo de bochechos Frequência de realização dos bochechos	Bochechos Bochechos compostos Nistatina Caphosol Frequência de realização dos bochechos	Bochechos Bochechos compostos Nistatina Caphosol	13 12 5 2	29.1%
	Prevenção traumática	Hábitos tabágicos Hábitos alcoólicos Remoção de próteses mal adaptadas Adequar material de higiene Adequar dieta	Prevenir o traumatismo oral Hábitos tabágicos Hábitos alcoólicos Remoção de próteses mal adaptadas Adequar material de higiene Adequar dieta Alimentos quentes Alimentos duros Alimentos quentes	Prevenir o traumatismo oral Remoção de próteses mal adaptadas Adequar material de higiene Adequar dieta Alimentos ácidos Alimentos duros Alimentos quentes	1 1 4 16 3 2 2	26.4%
	Estado nutricional		Nutrição Hidratação Vigilância do peso Encaminhar ao nutricionista	Estado nutricional	1	1.8%
	Encaminhar ao nutricionista		Encaminhar ao nutricionista	Encaminhar ao nutricionista	1	
	Tratamento de infeções oportunistas		Terapêutica infecciosa Antifúngicos Antivirais Zaragatoas orais	Tratamento da lesão Tratamento de infeções oportunistas	1 1	1.8%
	Despiste de infeções Controlo sintomático	Controlo da dor Controlo da xerostomia	Controle sintomático Estratégias não farmacológicas de controle da dor Estratégias farmacológicas de controle da dor Controlo da xerostomia	Estratégias não farmacológicas Gelo Água fria Analgesia tópica/IV Bochechos de lidocaína Analgesia prescrita Saliva artificial	5 3 1 1 4 6 1	19.1%
	Encaminhar ao médico		Encaminhar ao médico	Encaminhar ao médico	1	0.9%
	Estratégias de facilitação de comunicação		Estratégias de facilitação de comunicação	Estratégias de facilitação de comunicação	1	0.9%
	Incentivar a expressão de sentimentos		Incentivar a expressão de sentimentos	Incentivar a expressão de sentimentos	1	0.9%
	Total				120	100%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2014). *A análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. **ISSN**: 978 -972-44-1506-2.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (Queirós, A., trad.). Coimbra: Quarteto Editora.
(From Novice to expert, 2001). 1-295. **ISBN**: 972-8535-97-X.

APÊNDICE 9 – Formação em serviço



6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica
Área de Intervenção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2015 / 2016

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Apresentação dos resultados da sondagem de
opinião feita à equipa de enfermagem**

Plano da Sessão

Discente: Liliana Girão

Docente: Sr^a Prof.^a M^a Alexandra Pinto Santos da Costa

Lisboa

2016

1. Destinatários:

Equipa de Enfermagem do Serviço de Hematologia

2. Finalidade:

Sensibilizar os enfermeiros do serviço de hematologia, para a necessidade de otimizar o cuidado à pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento do cancro, através da reflexão sobre os resultados obtidos na sondagem de opinião realizada aos enfermeiros deste serviço.

3. Objetivos:

- Descrever a prática da intervenção – Diagnóstico de situação e questionário da equipe de enfermagem sobre a pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento do cancro;
- Enumerar as soluções para melhorar a prática nesta área.

4. Plano da Sessão:

Etapas	Conteúdos	Estratégias
Introdução Duração: 5 min	Objetivo da sessão	Método Expositivo: Apresentação de <i>Slide Show</i> recorrendo ao Power Point
Desenvolvimento Duração: 10 min	1) Apresentação dos resultados da sondagem de opinião realizada aos enfermeiros do serviço de hematologia; 2) Sugestões de estratégias que visam melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO.	Método expositivo: Apresentação de <i>Slide Show</i> recorrendo ao Power Point; Discussão dos resultados da sondagem de opinião e do instrumento de avaliação do risco de MO; Sugestão de uma proposta de um esquema de vigilância da cavidade oral; Entrega de uma proposta de guia de boas práticas.
Conclusão Duração: 5 min	Síntese dos resultados obtidos: a) Avaliação do risco considerada complexa. b) Operacionalização da escala da MO.	a) Construção de quadros que resumam o grau e tipo de toxicidade dos principais medicamentos utilizados no serviço. b) Repetir a formação após 6 meses, Realizar uma auditoria após um ano, Desenvolver uma grelha de avaliação para a auditoria dos registos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Costa, S., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida*. Lisboa: Novartis. ISBN: 972-9119-94-5.

Quinn, B., Davies, M., Horn, J., Rileey, E., Treleaven, J., Houghton, D. ... Campbell, F. (2012). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*. 1-12. Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines_v3.pdf.

Raber-Durlacher, J. E., Elad, S. & Barasch, A. (2010). Oral mucositis. *Oral Oncology*, 46(6), 452–456. DOI:10.1016/j.oraloncology.2010.03.012


Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*, 2^a Ed. (May), 1–12. Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf

World Health Organization, (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva, (Switzerland): World Health Organization.

<http://reference.medscape.com>

<https://guidoferreira.wordpress.com>

6. APRESENTAÇÃO POWERPOINT:



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
6º curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
Área de Especialização em Médica-Cirúrgica
Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

Intervenção do enfermeiro na pessoa com risco de mucosite oral secundária ao tratamento do cancro

Discente: Liliana Girão Nº 6134
Docente Orientador: Prof. Alexandra Pinto Santos

2016

Objetivos:

Informar sobre o diagnóstico de situação e os resultados da sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem sobre a pessoa com risco ou MO secundária ao tratamento do cancro;

Enumerar as soluções para melhorar a prática nesta área:

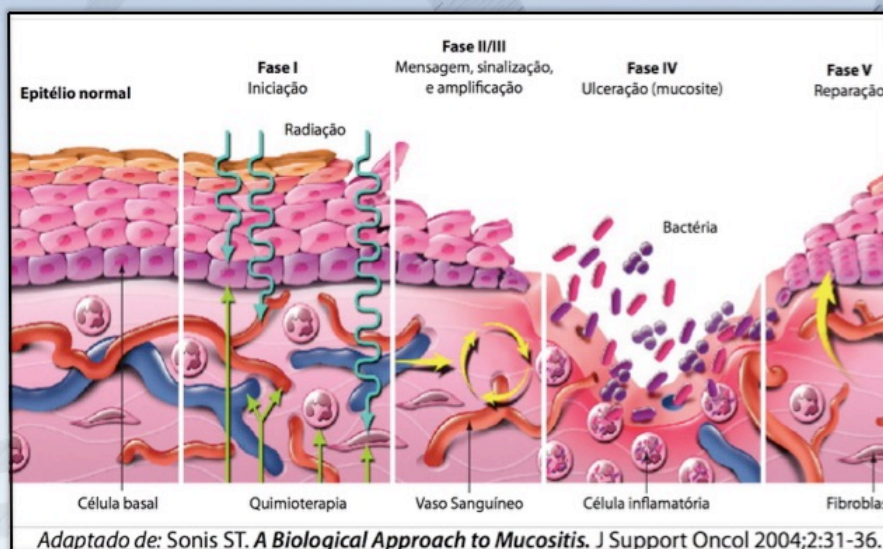
- Sistematização do registo através da implementação da escala de avaliação da Toxicidade Oral da OMS.
- Implementar o esquema de avaliação por risco de mucosite oral.

Mucosite Oral

- ↳ Inflamação da mucosa oral, que resulta da terapia para o cancro.
- ↳ Manifesta-se comumente por atrofia, edema, eritema e ulceração.
- ↳ Fenómeno complexo que envolve não só o epitélio, mas todo o tecido conjuntivo.

Raber-Durlacher et al. (2010)

Fisiopatologia



Fonte: <https://guidoferreira.wordpress.com>

Diagnóstico de situação

Fase de tratamento	Avaliação através de uma escala	Avaliação da cavidade oral (características)	Bochechos	Higiene oral	Total de registos
Neutropénia	1	4	5	2	14
Quimioterapia	0	0	0	0	9

O que avalia?

O que avalia?	Categorias	Subcategoria	Critério de inclusão	Unidade de registo	Total	Taxa
	Avaliação do risco de MO	Fatores inerentes à pessoa	Idade	Hábitos de higiene oral	3	10,30%
			Estado nutricional			
		Higiene oral	Hábitos tabagicos	1		
		Alteração de produção de saliva				
	Fatores inerentes à patologia	Tipo de terapia	Relação entre a QT e as alterações observadas	3	17,60%	
		Via de administração (QT)		2		
	Avaliação da cavidade oral	Alterações subjetivas	Local de administração (RT)	Queixas relacionadas com a MO		
			Dose (QT/RT)			
Alterações funcionais		Xerostomia	Sensibilidade aumentada	2	5,90%	
		Alteração do paladar				
		Hipersensibilidade				
Alterações físicas		Ardor	Disfagia	8	66,20%	
		Dor				
	Rouquidão					
	Disfagia	4				
	Dificuldade na mastigação					
Total		Hidratação	Alteração da cor	8	100%	
		Coloração		2		
		Edema		12		
		Úlceração				
		Hemorragia				
		Grau de MO		5		
		Caraterísticas da mucosa oral		16		
Tipo de lesão	2					

Escala de Risco

Risco:	Factores de risco:
Baixo risco	Sem <u>história</u> prévia de mucosite, Sob <u>tratamentos</u> que não envolvam risco moderado ou elevado de mucosite.
Risco Moderado	<u>História prévia de mucosite grau II</u> na escala da toxicidade oral da OMS, Sob <u>tratamento</u> com citotóxicos conhecidos por causar mucosite, Sob radioterapia paliativa na região de cabeça e pescoço, Sob terapêuticas, ou co-morbidades que <u>provocuem xerostomia</u> , <u>Crianças e idosos</u> .
Alto risco	<u>Mucosite documentada como grau III e IV ou grau II persistente ao tratamento</u> , <u>submetidas a quimioterapia de alta dose</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Prévia a TMO autólogo, • Quimioterapia de alta dose ou de intensidade reduzida prévia a TMO alogênico, com ou sem TBI, • Ciclos com MTX ou ARA-C em alta dose, Radioterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Com doses totais superiores a 60 Gy, com ou sem quimioterapia associada, • À região da cabeça e pescoço, • de intensidade modulada na região de cabeça e pescoço (sob qualquer dose).

Adaptado de: Mouth care guidance and support in cancer palliative care Thomson et al. 2015

Toxicidade oral

Quadro de toxicidade oral dos citostáticos mais utilizados no serviço de hematologia	Fármacos sem descrição de alterações na mucosa	Cisplatina; Oxaliplatina; Cladribina;	
	Fármacos que provocam alterações na mucosa	Ifosfamida; Carmustina; Tioguanina; Vincristina; L-Asparaginase	Dacarbazina; Bussulfan; Fludarabina; Idarrubicina; Trióxido de arsénico
	Fármacos com risco descrito de mucosite oral	Clorambucil; Procarbazina; Azacitidina; Daunorrubicina; Epirubicina; Bleomicina;	Melfalan; Metotrexato; Citarabina; Doxorrubicina; Mitoxantrona;

Costa, Magalhães, Félix, Costa, Cordeiro (2005)
<http://reference.medscape.com>

WHO Toxicity Criteria Stomatitis

G 0	Sem lesão
G 1	Eritema, sensação de dor/desconforto
G 2	Eritema, Ulcera, ingere sólidos
G 3	Úlceras, eritema extenso, não ingere dieta sólida
G 4	Mucosite extensa, sem via oral

World Health Organization (1979)

Como avalia?

	Categoria	Critério de inclusão	Unidade de registo	Total	Taxa
Quando avalia?	Internamento	Diferentes momentos internamento	No início do internamento	5	17%
			Durante o internamento	3	
	Turno	Diferentes o turnos	Todos os turnos	5	19,10%
			Nos turnos da M e T	1	
			2 X turno	2	
			Diariamente	1	
	Ciclo de QT	Diferentes diferentes fases do ciclo de QT	Antes do início da QT	1	44,70%
			Após iniciar QT	5	
			Ao longo do ciclo de QT	8	
			Aplasia	7	
	Sempre que as queixas o justifiquem	Queixas verbalizadas pela pessoa	Sempre que as queixas se justifiquem	8	17%
	Na altura dos ensinos de prevenção à MO	Ensinos de profilaxia da MO	Na altura dos ensinos de prevenção	1	2,10%
Total				47	100%

Quando avalia?

	Unidades de registo	Critério de inclusão	Categoria	Total	Taxa
Como avalia?	Queixas verbalizadas pelo doente	Observação realizada pela pessoa	Auto avaliação	13	32,50%
	Observação direta	Observação realizada pelo profissional	Hetero avaliação	17	42,50%
	Aplicando uma escala	Escalas de avaliação da MO	Classificação da MO	9	22,50%
	Escala numérica	Escalas de avaliação da dor	Classificação da dor	1	2,50%
Total				40	100%

Esquema de vigilância da cavidade oral

Grau de risco	Esquema de avaliação
Baixo Risco	Avaliação 2/2 dias
Risco moderado	Avaliação diária
Risco elevado	Avaliação bi diária
Lesão presente	Avaliação bi diária

“Há intervenções que se conhecem estar dirigidas à profilaxia da mucosite oral. Enumere-as.”

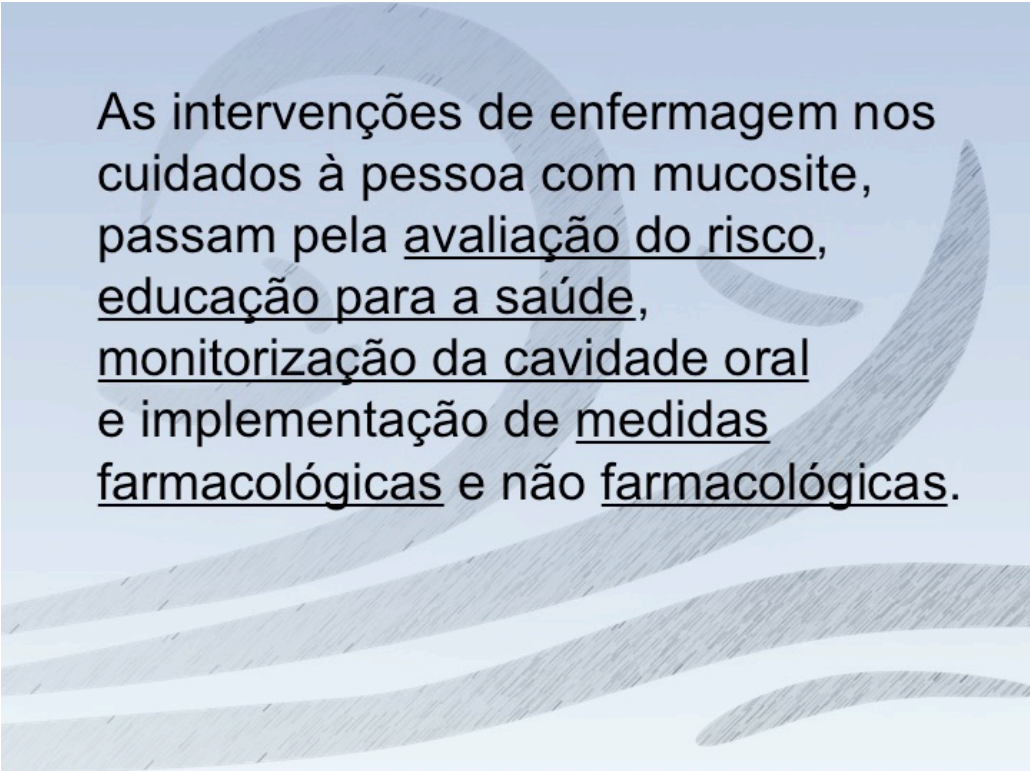
	Categoria	Subcategoria	Critérios de inclusão	Unidade de registo	Total	Taxa
Intervenções na profilaxia da MO	Saneamento dentário		Saneamento dentário	Saneamento dentário	1	1%
	Avaliação do risco de MO		Determinar Risco de MO	Determinar Risco de MO	1	1%
	Vigilância da cavidade oral	Auto avaliação Hetero avaliação	Auto avaliação da cavidade oral Avaliação da mucosa	Auto avaliação da cavidade oral Avaliação da mucosa	1 2	3,10%
	Higiene oral			Higiene oral	21	
		Materiais de higiene oral Frequência da higiene oral	Materiais de higiene oral Frequência da higiene oral	Escova suave Frequência - várias x ao dia	1 1	23,70%
	Bochechos	Tipo de bochechos	Bochechos	Bochechos compostos Clorhexidina Caphosol Nistatina Bochechos 4 x dia Bochechos após a higiene	15 2 1 5 1 17	
		Frequência de realização dos bochechos	Frequência de realização de bochechos			42,30%
	Prevenção traumática	Hábitos tabágicos Hábitos alcoólicos Proteses dentárias Higiene Alimentação	Hábitos tabágicos Hábitos alcoólicos Proteses dentárias Higiene Alimentos quentes Alimentos ácidos Alimentos duros Alimentos condimentados Alimentos amargos Alimentação nutropéfrica	Prevenção traumática Tabaco Alcool Alimentação Alimentos quentes Alimentos ácidos Alimentos duros Alimentos condimentados Alimentos amargos Alimentação nutropéfrica	1 1 1 9 3 3 2 1 1 1	
						23,70%
	Terapêutica profilática		Terapêutica profilática	Terapêutica profilática	2	2,1
				Ajustar dieta quando necessário	2	3,10%
	Nutrição		Nutrição	Nutrição	1	
	Total				97	100%

Risco:	Intervenção:
Baixo risco	Higiene oral (após todas as refeições); Cessação tabágica; Controle da ingestão de açúcares; Pastas dentífrica com elevada concentração de flúor; Bochechos com soluções salinas >4x dia; Aconselhamento nutricional (se ingestão nutricional inadequada); Hidratação das mucosas.
R i s c o Moderado	Às intervenções de baixo risco acrescem: Aumento da frequência de bochechos com soluções salinas; Gelo ou alimentos frios, de forma a diminuir a sensação de boca seca; Solução oral de benzidamina 0,15% ,4xdia; Caphosol®, a iniciar no primeiro dia de tratamento, 4 a 10 vezes dia; Sugerido o uso de um protetor de mucosa (GelClair®); Profilaxia infecciosa.
Alto risco	Às intervenções anteriores acrescem: Aconselhamento nutricional; ENG profilática; Palifermin® em pessoas submetidas a TMO com ou sem TBI; Suplementos de vitamina B para pessoas com hábitos alcoólicos marcados.

“Que intervenções dirigidas à pessoa com mucosite oral instalada, considera serem adequadas?”

	Categoria	Subcategoria	Critério de inclusão	Unidade de registro	Total	Taxa
Intervenções na MO instalada	Avaliar a evolução da MO	Auto avaliação	Vigilância da cavidade oral	Avaliar a evolução da MO	2	2.7%
		Hetero avaliação	Hetero avaliação	Auto avaliação da cavidade oral	1	
	Higiene oral	Materiais de higiene oral	Higiene oral	Higiene oral	17	16.4%
		Frequência - Higiene oral 3/4 X dia	Materiais de higiene oral	Frequência - Higiene oral 3/4 X dia	1	
	Bochechos	Tipo de bochechos	Bochechos	Bochechos	13	29.1%
			Bochechos compostos	Bochechos compostos	12	
			Nistatina	Nistatina	5	
	Prevenção traumática	Frequência de realização dos bochechos	Caphosol	Caphosol	2	26.4%
			Frequência de realização dos bochechos	Prevenir o traumatismo oral	1	
			Prevenir o traumatismo oral	Prevenir o traumatismo oral	1	
	Estado nutricional	Hábitos tabágicos	Hábitos tabágicos	Remoção de próteses mal adaptadas	1	1.8%
		Hábitos alcoólicos	Hábitos alcoólicos	Adoçar material de higiene	4	
		Remoção de próteses mal adaptadas	Remoção de próteses mal adaptadas	Adoçar dieta	16	
	Encaminhar ao nutricionista	Tratamento de infecções oportunistas	Adoçar material de higiene	Alimentos quentes	3	1.8%
			Alimentos quentes	Alimentos ácidos	2	
			Alimentos duros	Alimentos duros	2	
	Despiste de infecções	Controle da dor	Alimentos quentes	Alimentos quentes	2	19.1%
			Nutrição	Estado nutricional	1	
			Hidratação	Estado nutricional	1	
	Controle sintomático	Controle da dor	Vigilância do peso	Encaminhar ao nutricionista	1	0.9%
			Encaminhar ao nutricionista	Tratamento da lesão	1	
			Terapêutica infecciosa	Tratamento de infecções oportunistas	1	
	Encaminhar ao médico	Controle da xerostomia	Antifúngicos	Encaminhar ao médico	1	0.9%
			Antivirais	Encaminhar ao médico	1	
			Zaragatoas orais	Encaminhar ao médico	1	
	Estratégias de facilitação de comunicação	Controle da xerostomia	Controle sintomático	Estratégias não farmacológicas	5	19.1%
			Estratégias não farmacológicas de controle da dor	Gelo	3	
			Estratégias farmacológicas de controle da dor	Água fria	1	
	Incentivar a expressão de sentimentos	Controle da xerostomia	Encaminhar ao médico	Analgesia tópica/IV	1	0.9%
			Encaminhar ao médico	Bochechos de lidocaína	4	
			Encaminhar ao médico	Analgesia prescrita	6	
	Total	Total	Total	Total	120	100%

Grau de lesão pela escala da OMS	Tratamento / Gestão sintomática
Mucosite grau 1 e 2 (complicações de intensidade moderada)	<p>Bons cuidados de higiene oral;</p> <p>Aumento da frequência dos bochechos salinos;</p> <p>Monitorização cuidada do estado nutricional;</p> <p>Zaragatoas orais para despiste de infeções locais;</p> <p>Apoio à cessação tabágica;</p> <p>Analgesia tópica previa à alimentação;</p> <p>Bochechos com benzidamina a 0.15% (puro ou diluído, dependendo da tolerância da pessoa);</p> <p>Caphosol® para a prevenção do agravamento das lesões;</p> <p>Saliva artificial;</p> <p>Ponderar o uso de um protetor de mucosa.</p>
Mucosite grau 3 e 4 (complicações de intensidade severa)	<p>Esquemas analgésicos, se necessário com opióides;</p> <p>Assegurar nutrição e hidratação adequadas, por via entérica ou parentérica;</p> <p>Caphosol®, 4 a 10 x dia;</p> <p>Ponderar o uso de um protetor de mucosa (se não instituído);</p> <p>Bochechos com antifibrinolítico, se hemorragia;</p> <p>Zaragatoas orais para identificação da natureza da infeção.</p>



As intervenções de enfermagem nos cuidados à pessoa com mucosite, passam pela avaliação do risco, educação para a saúde, monitorização da cavidade oral e implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas.



Sugestões ...

Referências Bibliograficas

- ↳ Costa, S.; Magalhães, H.; Félix, R.; Costa, A.; Cordeiro, S.. "O cancro e a qualidade de vida", 2005. Novartis. ISBN: 972-9119-94-5
- ↳ Quinn, B., Davies, M., Horn, J., Riley, E., Treleaven, J., Houghton, D., Beasley, A., McGowan, C., Thomson, M., Fulman L., Mais, K., Feyer, P., Hoy, S., Campbell, F. (2012) Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group. 1-12*. Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines_v3.pdf
- ↳ Raber-Durlacher, J. E., Elad, S., & Barasch, A. (2010). Oral mucositis. *Oral Oncology*, 46(6), 452–456. DOI:10.1016/j.oraloncology.2010.03.012
- ↳ Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group, 2ª Ed.*(May), 1–12. Disponível em: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf
- ↳ World Health Organization (1979). Handbook for reporting results of cancer treatment. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- ↳ <http://reference.medscape.com>
- ↳ <https://guidoferreira.wordpress.com>

**APÊNDICE 10 – Quadros de Toxicidade oral dos medicamentos mais
utilizados no serviço de Hematologia**

Quadro 1 –Toxicidade oral dos citostáticos mais utilizados no serviço de Hematologia

Toxicidade	Fármaco	Farmacologia
Fármacos sem descrição de alterações na mucosa	Cisplatina	Anquilantes
	Oxaliplatina	
	Cladribina	Antimetabolitos
Fármacos que provocam alterações na mucosa	Ifosfamida	Anquilantes
	Dacarbazina	
	Carmustina	
	Bussulfan	
	Fludarabina	Antimetabolitos
	Vincristina	Derivados de plantas
	Idarrubicina	Derivados de culturas microbianas
	L-Asparaginase	
Fármacos com risco descrito de mucosite oral	Clorambucil	Anquilantes
	Melfalan	
	Procarbazina	
	Metotrexato	Antimetabolitos
	Azacitidina	
	Citarabina	
	Daunorrubicina	Derivados de culturas microbianas
	Doxorrubicina	
	Epirubicina	
	Mitoxantrona	
	Bleomicina	
Fármacos com risco de MO mais elevado em alta dose	Ciclofosfamida	Anquilantes
	Amsacrina	
	Mercaptopurina	Antimetabolitos
	Hidroxiureia	
	Vimblastina	Derivados de plantas
	Etoposido	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Costa, S., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida*. Lisboa: Novartis.

<http://reference.medscape.com>

Quadro 2 – Toxicidade oral dos medicamentos mais utilizados no serviço de Hematologia

Toxicidade	Fármaco	Farmacologia
Ulceração da boca	Goserelin	Análogo da LHRH (hormona luteinizante recombinante humana)
	Aminoglutetimida	Inibidor da Aromatase
Faringite	Anastrol	
Xerostomia	Ocreótido	Análogo sintético da Somatostatina
	Clemastina	Antihistamínico
	Prometazina	
	Acetato de magestrol	Progestagénios
	Cloropromazina	Neurolético
	Lorazepam	Ansiolítico
	Metoclopramida	Antiemético
Alteração do paladar	Granisetron	
	Tamoxifeno	Antiestrogénios
	Alopurinol	Inibidor da síntese do ácido úrico
	Mesna	Citoprotetor
	Rituximab	Anticorpo monoclonal
Estomatite	Alentezumab	
	Dexametasona	Corticosteróides
Esofagite	Metilprednisolona	
Disfagia	Ciclosporina	Imunossupressor

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Costa, S., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida*. Lisboa: Novartis. ISBN: 972-9119-94-5.

<http://reference.medscape.com>. Acedido em 2016/01/20

**APÊNDICE 11 – Instrumentos para a auditoria dos registos de
enfermagem relativos à MO**

GRELHA DE AUDITORIA ÀS NOTAS DIÁRIAS DE ENFERMAGEM

Vigilância da cavidade oral

☐ Avaliação do risco da pessoa

Avaliação da cavidade oral											
Baixo risco			Risco moderado			Risco elevado			Se lesão presente		
Avaliação 2/2 dias			Avaliação diária			Avaliação bi diária			Avaliação bi diária		
M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N

☐ Avaliação da dor

1 vez turno		
M	T	N
M	T	N
M	T	N

INDICADORES RELATIVOS AO REGISTO DAS INTERVENÇÕES RELATIVAS À MUCOSITE ORAL

- 1. Pretende avaliar a frequência relativa de registros de enfermagem nos quais existe registro de avaliação do risco de mucosite oral.**

Taxa de avaliação do risco de MO

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de processos clínicos com registro da avaliação de risco de mucosite oral}}{\text{Nº total de processos clínicos avaliados}} \times 100$$

- 2. Pretende avaliar a frequência relativa de registros de enfermagem nos quais existe registro de avaliação de mucosite oral.**

Taxa de avaliação do grau de mucosite oral

Formula de calculo:

$$\frac{\text{Nº de processos clínicos com registro do grau da mucosite oral}}{\text{Nº total de processos clínicos avaliados}} \times 100$$